

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A
PEDAGOGICKÁ**

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální pracovník

**STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH
SLUŽEB**

**STANDARD FOR QUALITY IN SOCIAL
SERVICES**

Bakalářská práce: 11 – FP – KSS – 3041

Autor:

Barbora TYLLOVÁ

Podpis:

.....

Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
87	22	3	16	30	4

V Liberci dne: 26. 6. 2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora TYLLOVÁ**
Osobní číslo: **P09000852**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální pracovník**
Název tématu: **Standardy kvality sociálních služeb**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Zjistit postoje respondentů k přínosu Standardů kvality sociálních služeb.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.
Metody: dotazník

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3 (váz.).

KOZLOVÁ, Lucie. Sociální služby. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-2754-662-7 (brož.).

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9 (váz.).

MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. Studijní texty. Série učebnic pro obor sociální práce; sv. 6. ISBN 80-85850-76-1 (brož.).

MÜHLPACHR, Pavel. Vývoj ústavní péče: filozoficko historický pohled. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7 (brož.).

VALENTA, Milan - MÜLLER, Oldřich. Psychopedie: [teoretické základy a metodika]. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-7320-063-5 (váz.).
Zavádění standardů a rozvoj kvality sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb v Libereckém kraji 2005-2006. Praha, Pro Liberecký kraj vydal Instand : [2007]. 83 s. ISBN (Brož.).

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele. 3. vyd. Praha: MPSV, 2004. 111 s. ISBN 80-86552-99-3 (brož.).

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **1. dubna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2012**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilena Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne **22.04.2011**

Čestné prohlášení

Název práce: Standardy kvality sociálních služeb

Jméno a příjmení autora: Barbora Tyllová

Osobní číslo: P09000852

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 26. 6. 2012

Barbora Tyllová

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Květuši Slukové, Ph.D. za cenné odborné rady, podporu a čas, který mi při vypracovávání bakalářské práce věnovala.

Anotace:

Bakalářská práce se zaměřuje na Standardy kvality sociálních služeb v zařízeních poskytující pobytové služby osobám s mentálním postižením. Jejím cílem je zjistit, zda zavedení standardů do praxe s sebou přináší kvalitnější poskytování sociálních služeb. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část shrnuje základní informace o mentálním postižení a vývoji ústavní péče. Její stěžejní část tvoří kapitola zabývající se Standardy kvality sociálních služeb. Praktická část vychází z dotazníkového šetření zjišťujícího úroveň kvality poskytovaných služeb po zavedení Standardů kvality do praxe a míru obtížnosti jejich formulace a praktické aplikace.

Klíčová slova: mentální postižení, ústavní péče, pobytové sociální služby, Standardy kvality sociálních služeb

Annotation:

Bachelor theses is focused on the Standards for quality in social services in facilities providing residential services to people with intellectual disabilities. The reason is to determine whether the introduction of standards into practice brings improved provision of social services. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part summarizes basic information about mental disability and the development of institutional care. Its main part consists of chapters dealing with the quality standards of social services. The practical part is based on a survey which measures the level of service quality after the introduction of Standards for quality into practice and the degree of difficulty of their formulation and practical application.

Key words: mental disability, institutional care, residential social services, social services, Standards for quality in social services

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Úvod.....	9
2 Mentální postižení.....	11
2.1 Mentální retardace	12
2.1.1 Základní hlediska v definicích mentální retardace	12
2.1.2 Základní druhy mentální retardace.....	13
2.1.3 Modely podpory	16
3 Ústavní péče o osoby s mentálním postižením.....	18
3.1 Vývoj ústavní péče	18
3.2 Funkce ústavů.....	22
3.3 Personál ústavu	24
3.4 Klienti.....	25
3.5 Rizika ústavní péče.....	26
3.6 Pravidla a sankce v ústavu.....	27
3.7 Dnešní formy pobytových služeb	28
3.7.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením	28
3.7.2 Chráněné bydlení.....	29
3.7.3 Týdenní stacionáře.....	29
3.7.4 Odlehčovací služby	30
4 Standardy kvality sociálních služeb	31
4.1 Zajištění kvality služeb v ČR.....	31
4.2 Legislativní zakotvení Standardů kvality	32
4.3 Základní charakteristika standardů	34
4.4 Využití a význam standardů	35
4.5 Hodnocení kvality prostřednictvím standardů	36
4.6 Požadavky Standardů kvality sociálních služeb na výkon činností sociální práce	36
4.7 Dělení Standardů kvality sociálních služeb	38
4.7.1 Standard č. 1 - Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb	39
4.7.2 Standard č. 2 - Ochrana práv osob.....	40
4.7.3 Standard č. 3 - Jednání se zájemcem o sociální službu.....	41
4.7.4 Standard č. 4 - Smlouva o poskytování sociální služby.....	42
4.7.5 Standard č. 5 - Individuální plánování průběhu sociální služby.....	43
4.7.6 Standard č. 6 - Dokumentace o poskytování sociální služby.....	45
4.7.7 Standard č. 7 - Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby	45

4.7.8	Standard č. 8 - Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje ..	47
4.7.9	Standard č. 9 - Personální a organizační zajištění sociální služby.....	48
4.7.10	Standard č. 10 - Profesní rozvoj zaměstnanců	49
4.7.11	Standard č. 11 - Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby.....	50
4.7.12	Standard č. 12 - informovanost o poskytované sociální službě	50
4.7.13	Standard č. 13 - Prostředí a podmínky.....	51
4.7.14	Standard č. 14 - Nouzové a havarijní situace.....	52
4.7.15	Standard č. 15 - Zvyšování kvality sociální služby.....	53
4.8	Zavádění Standardů kvality do praxe v Libereckém kraji	53
PRAKTICKÁ ČÁST		55
5	Cíl praktické části	55
6	Stanovení předpokladů.....	55
7	Použité metody	55
8	Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu	56
9	Výsledky a jejich interpretace	58
10	Vyhodnocení předpokladů	76
11	Shrnutí výsledků praktické části a diskuse	77
12	Závěr	79
13	Navrhovaná opatření.....	81
14	Seznam použitých zdrojů	82
15	Seznam příloh.....	86

TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod

Když v roce 2006 paní Anna ráno otevřela oči, bylo půl sedmé ráno. Vzbudil ji křik vychovatelky, která ohlašovala budíček. Paní Anna vystála frontu v umývárně, aby mohla vykonat svou ranní hygienu a vrátila se zpět na pokoj. Tam ji čekalo na posteli v komínku srovnané prádlo, které si měla obléknout. Před dvěma dny dostala nové triko, moc se jí líbilo a ráda by si ho vzala na sebe. Dveře od skříně byly však zamčené. Paní Anna si povzdechla, oblékla si připravené prádlo a odešla na snídani, která byla od půl osmé. Dnes ji vychovatelka přinesla chléb s tvarohem a zeleninou. To však nebyla její oblíbená snídaně a nervozita Anny tak stoupala. Zvedla se od stolu a chtěla jít na svůj pokoj, kde by mohla být chvíli sama, než přijdou ostatní spolubydlíci. Ve dveřích ji zastavila vychovatelka a řekla ji, že pokud snídani nesní, nedostane cigaretu. Paní Anna začala hlasitě křičet a házet věcmi. Za pár vteřin přiběhla zdravotní sestra a podala jí uklidňující léky. Spala celý den.

Když o šest let později Anna otevřela ráno oči, bylo půl deváté. Tak jako každý den se šla umýt k umyvadlu, které měla na pokoji. Učesala se a otevřela svou skříň. Chvilí přemýšlela, co si dnes vezme na sebe, podívala se z okna a protože bylo teplo, vybrala si sukni a novou halenku. Dnes ráno neměla hlad, poprosila tedy vychovatelku, aby jí jídlo schovala na později. Zapomněla, co si vybrala k jídlu a tak se ještě vychovatelky zeptala, co si objednala. „Byl chléb s tvarohem anebo vánočka, určitě jste si vybrala vánočku“, odpověděla. Anna se usmála a šla do pokoje pro cigarety. Uvařila si kávu a sela si ven na sluníčko.

Tento příběh demonstruje změny v životě paní Anny, člověka s mentálním postižením, který toho o Standardech kvality sociálních služeb mnoho neví. Ani nemusí, podstatné je, že pozitivně ovlivnily její život.

Standardy kvality v sociálních službách se staly velmi mocným nástrojem, který významným způsobem přispívá ke zkvalitnění života lidí využívajících sociální služby. Jsou však stále jen nástrojem a záleží na tom, jak je využít. V prostředí

rezidenčních služeb pečujících o osoby s mentálním postižením mají standardy velmi zásadní postavení - mění zažitý způsob poskytování služeb a přístupu ke klientům. Podporují jejich autonomii, nezávislost a respekt vůči sobě samým. Pracovníkům umožňují stát se partnery a vytvořit si s klienty vztah na bázi podpory, důvěry a spolupráce. Pomocí standardů je tak možné odstranit negativní důsledky, které přinášel model péče v minulosti. Z tohoto důvodu byly jako téma bakalářské práce zvoleny právě Standardy kvality sociálních služeb.

Cílem práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit přínos standardů pro pracovníky pobytových sociálních služeb, kteří pečují o osoby s mentálním postižením.

V úvodní části je čtenáři přiblížena problematika mentálního postižení. Kapitola obsahuje například popis základních druhů mentální retardace či modely podpory takto handicapovaných jedinců.

Ústředním tématem druhé kapitoly je ústavní péče, zaměřuje se na její vývoj, rizika, současné formy, klientelu i pracovníky.

Stěžejní část z hlediska teoretických poznatků pak představuje kapitola věnující se Standardům kvality sociálních služeb. Zabývá se způsoby zajištění kvality v České republice, legislativními předpisy souvisejícími se Standardy kvality, jejich významem, využitím a v neposlední řadě také dělením.

Poslední kapitola je věnována kvantitativnímu a kvalitativnímu šetření, jehož cílem je ověřit stanovené předpoklady bakalářské práce. Prostřednictvím dotazníků určených pro management a pracovníky v sociálních službách je zjišťován postoj respondentů k zavedení Standardů kvality do praxe.

2 Mentální postižení

Pojem mentální postižení nacházíme jak v české, tak v zahraniční odborné literatuře v různých modifikacích. Můžeme se setkat s termíny jako mentální subnormalita, mentální defekt, oligofrenie neboli slabomyslnost apod. (Švingalová 2006, s. 19). Tato pojmenování však evokují představy o jedincích s postižením jako o opožděných, lidově „zabrzděných“ lidech a jejich význam proto se v některých zemích stal velmi hanlivým. Pro označení jedince postiženého mentální retardací se v současné době používá spíše termín osoba/člověk s mentálním postižením. Pojem mentální retardace je používán spíše ve vztahu k syndromu. Mezi další označení, s nimiž se můžeme setkat zejména u britských autorů, patří „osoby s poruchami či potížemi v učení“ (Emerson 2008, s. 12).

Důvodem pro změnu v terminologii byla změna ve vnímání lidí s postižením. Od druhé poloviny 20. století se stále více zdůrazňuje význam osobnosti, tzn. individuální specifitnost každého jedince s mentálním postižením. Souvisí to také s nově přijatou koncepcí (paradigmatem), tzv. speciálních potřeb a podpor oproti dříve uplatňované koncepci neschopností. „Postiženým lidem jsou přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti, do níž se narodili a jejíž povinností je vytvořit takový systém speciálních služeb a podpor, aby jejich potřeby byly adekvátně naplňovány a byla dosažena co nejvyšší možná kvalita života.“ (Černá 2008, s. 76)

V oblasti zdravotního postižení tvoří osoby s mentálním postižením jednu z nejpočetnějších skupin, a přesto se toho o nich ví poměrně málo. Každý člověk s postižením je svébytná bytost s charakteristickými rysy, se svými potřebami i přáními, které se od přání a potřeb „normálních“ lidí mnohdy nijak neliší. Po dlouhou dobu však na ně bylo pohlíženo jako na osoby, které nejsou plnohodnotnou součástí společnosti, osoby, které nemají právo rozhodovat o svém životě. Možnost naplňovat svá práva byla po staletí velmi omezena. Teprve v 2. polovině 20. stol. začíná být stále více zdůrazňována individualita každého jedince. Tato skutečnost vyvolala změnu postoje společnosti. Lidem s mentálním

postižením začínají být přiznávána lidská práva, mění se struktura a forma poskytovaných služeb. Zkušenosti potvrzují, že tyto osoby mají zájem o sobě rozhodovat a jejich integrace do běžné společnosti je nejen možná, ale zejména ze strany klientů rezidenčních velkokapacitních služeb také žádaná.

Ve společnosti je však mentální postižení opředeno stigmatem. Obavy, které toto postižení vyvolává, jsou však ve většině případů neopodstatněné. Je proto nutné, aby odborná veřejnost i profesionálové z oboru sociální práce intenzivně zaměřovali své snahy na změnu postoje veřejnosti (Švarcová, aj. 2006, s. 13 - 20).

S postojem společnosti se v současné době potýká také projekt Ministerstva práce a sociálních věcí „Podpora transformace pobytových sociálních služeb“, do něhož je zařazeno přes třicet zařízení z celé republiky. Cílem tohoto projektu je změna způsobu a formy poskytování sociálních služeb, prostřednictvím jejich přemístění do běžného prostředí a jejich individualizace. Při realizaci se však zařízení sociální péče setkávají s negativním postojem ze strany společnosti. To v některých případech vede k ohrožení dosažení stanoveného cíle.

2.1 Mentální retardace

Mentální retardace není nemocí, jedná se o trvalý stav, označující vrozené postižení rozumových schopností. Ty jsou postiženy v různé míře, avšak v celé své škále. Vlivem toho jsou lidé s postižením méně schopni porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Nízká úroveň rozumových schopností je u jedince charakteristická především nedostatečným rozvojem myšlení a omezenou schopností učení. Příčinou mentálního postižení je organické poškození mozku, které je vrozené nebo časně získané. I přesto, že jde o handicap trvalého charakteru, je za poskytnutí odpovídající podpory a vhodné stimulace možné dosáhnout určitého zlepšení (Vágnerová 2002, s. 146 - 147).

2.1.1 Základní hlediska v definicích mentální retardace

Jednotná definice mentální retardace, na jejímž základě by bylo možné řešit teoretické a praktické problémy ve vztahu ke vzdělávání, výchově, péči, nebo poskytovaným službám v současné době neexistuje.

Domáci i zahraniční literatura uvádí nepřehledné množství definic mentálního postižení. Černá a kol. (2008, s. 79) rozdělili dostupné definice do skupin dle základního kritéria následovně:

1. definice zdůrazňující aktuální pásmo inteligence (na základě IQ testů),
2. definice zdůrazňující biologické faktory,
3. definice zdůrazňující sociální faktory,
4. definice zdůrazňující více hledisek (multifaktoriální).

Mezi nejčastěji vyskytující se pojetí mentální retardace patří tzv. multifaktoriální přístup, k němuž se přiklání také většina odborníků. Toto pojetí zdůrazňuje multidimenzionální fenomén, postihující anatomické, fyziologické, psychologické, pedagogické a sociální kvality jedince (Švingalová 2006, s. 24).

V minulosti byly definice mentální retardace charakteristické především určitým vymezením negativní odchylky od normy (nedostatek, snížení rozumových schopností apod.). V současné době jsou však orientovány pozitivně (podpora, schopnost apod.). Mimo popisu odchylky od normy se soustředí především na silné stránky a individualitu každého jedince, ale také na potřebu vypracování systému potřebné míry podpory, se kterým dochází ke zlepšení kvality jejich života (Černá 2008, s. 79 -80).

2.1.2 Základní druhy mentální retardace

Většina autorů uvádí tři základní druhy mentální retardace na základě toho, z jakých důvodů vznikla - zda bylo příčinou organické poškození mozku, jeho degenerace či nevhodné působení sociálního prostředí. Jsou jimi vrozená nebo částečně získaná mentální retardace, demence a pseudooligofrenie. Švingalová (2006, s. 25 - 34) popisuje druhy mentální retardace následovně:

Vrozená nebo částečně získaná mentální retardace vzniká na základě poškození mozku, konkrétně centrálního nervového systému. V důsledku toho dochází k poškození rozumových schopností v různých vývojových obdobích života člověka (prenatální, perinatální či postnatální - do 2 let). Tento stav je

trvalý, avšak působením vhodné výchovy a odpovídající stimulace je možné důsledky postižení zmírnit.

Současně s mentálním postižením se však mohou vyskytovat také další přidružené psychické poruchy. Zde platí, že čím je postižení hlubší, tím větší je pravděpodobnost výskytu dalších psychických poruch. Nejčastěji se jedná o např. epilepsii, autismus, stereotypii a další. K problematice psychických poruch se váže také medikace. Léky používané v těchto případech ovlivňují psychický stav, proto by je měl předepisovat pouze specialista jakým je neurolog či psychiatr. Přesto se v souvislosti s psychiatrickou medikací hovoří o častém zneužívání zejména ze strany pracovníků zdravotnických zařízení, jako jsou velkokapacitní psychiatrické léčebny apod.

Demence čili získaná mentální retardace je popisována jako deficit rozumových schopností na základě organického poškození mozku. Jde o trvalý stav, jehož specifikem je intelektová deteriorace. Čím dříve k demenci dojde, tím má postižení závažnější charakter.

Pseudooligofrenie je označována jako sociálně podmíněná mentální retardace. Vzniká poškozením rozumového vývoje v důsledku nepříznivého vlivu sociálního prostředí (zejména zanedbání výchovy). Jedná se tedy o stav získaný. Pokud je odstraněn vliv negativního působení, je možné důsledky postižení zvrátit.

V otázce dělení jednotlivých stupňů mentálního postižení se Česká republika řídí Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace (Černá 2008, s. 103). Dle Mezinárodní klasifikace nemocí se mentální retardace dělí do šesti kategorií a to na mentální retardaci lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou mentální retardaci a mentální retardaci nespecifikovanou. Jednotlivé kategorie jsou rozděleny zejména na základě dosaženého stupně inteligence jedince. K jeho diagnostice se nejčastěji používají inteligenční testy, tzv. testy IQ (Švarcová, aj. 2006, s. 33 - 37).

Lehká mentální retardace je charakteristická opožděným řečovým vývojem. Myšlení i řeč jsou konkrétní. Takto postižení jedinci nejsou schopni uvažovat

abstraktně a vyjadřují se jednodušším způsobem (kratší věty, menší slovní zásoba). Lidé s lehkou mentální retardací jsou ve většině případů nezávislí v sebeobsluze, jsou schopni naučit se základním sociálním návykům či vykonávat jednoduché zaměstnání. Ve vztahu k péči je zapotřebí pouze dohledu nebo lehké dopomoci.

Středně těžká mentální retardace tvoří dle Mezinárodní klasifikace nemocí druhý stupeň mentálního postižení. Vzhledem k výraznějšímu omezení řeči, myšlení či schopnosti v sebeobsluze je pro jedince se středně těžkým mentálním postižením potřebné zajistit péči v chráněném prostředí, jako je například chráněné bydlení (péče v rodině - samozřejmě vhodnější) nebo chráněné zaměstnání. Schopnost učení zůstává zachována. K zafixování znalostí je však zapotřebí častého opakování, přesto je možné naučit tyto jedince číst, psát i počítat. Řeč bývá jednoduchá a obsahově chudá, někteří jedinci jsou schopni komunikovat pouze neverbálně. Mnohdy je toto postižení kombinované s epilepsií či dalšími duševními nebo tělesnými druhy postižení.

Těžká mentální retardace se vyznačuje značným opožděním psychomotoriky, velmi omezenou schopností sebeobsluhy a učení. Řečový vývoj stagnuje na předřečové rovní. Handicapovaní jedinci jsou schopni naučit se několik slov, mají však problémy s jejich artikulací a přesným použitím. Lidé s těžkým mentálním postižením jsou závislí na péči a pomoci druhých osob.

Hluboká mentální retardace je nejtěžším stupněm mentálního postižení. Ve většině případů je spojena s dalším přidruženým handicapem. Kognitivní schopnosti zůstávají téměř nerozvinuté. Lidé s hlubokou mentální retardací jsou schopni rozeznávat známé či neznámé podněty a reagovat na ně projevy libosti a nelibosti. Jsou zcela závislí na péči jiných lidí, v důsledku toho se také často stávají obětmi zneužívání či týrání různého stupně (Valenta, aj. 2004, s. 44 - 45).

Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí také ještě tzv. „jinou mentální retardaci“ (osoby, u nichž je obtížné určit stupeň inteligence, např. neslyšící) a „nespecifikovanou mentální retardaci“ (v případech kdy je prokázáno mentální

postižení, ale pro nedostatek informací není možné daného jedince zařadit do určité kategorie).

V případě jakéhokoliv stupně postižení hraje významnou roli působení prostředí a pozitivní stimulace (učení základních návyků či sociálních dovedností, vzdělávání, popř. podpora a pomoc při pracovním začleňování). Pokud je podpora a péče kvalitní, zkvalitní se v důsledku toho výrazným způsobem také život handicapovaného člověka (Černá 2008, s. 99 - 103).

2.1.3 Modely podpory

V průběhu historie byly ve vztahu k lidem s mentálním postižením aplikovány různé druhy modelů podpory či péče. Obecně se však vycházelo z toho, že mentální postižení je určitý deficit uvnitř jedince, což ovlivňovalo také druhy uplatňovaných modelů péče. V posledních letech je patrná snaha o změnu přístupu a také způsobu uvažování o mentálně handicapovaných lidech. Výsledkem je tzv. model podpory, který klade důraz na potřeby jedince ve vztahu k jeho prostředí. Dříve se mentální retardace vztahovala pouze k jedinci, dnes je chápána jako stav znevýhodnění v důsledku interakce jedince s jeho okolním prostředím. O změnu pojetí mentálního postižení a přístupu k osobám s tímto druhem handicapu se významně podílí zejména Americká asociace pro mentální retardaci.

Pro tzv. **medicínský model**, tedy podobu, strukturu a organizaci péče o člověka s postižením, bylo charakteristické: označení jedince s mentálním postižením jako pacienta, podřízenost „pacienta“ pravidlům a systému péče a dále zdůraznění role personálu. Někteří odborníci se domnívají, že medicínský model negativně ovlivnil oblast vzdělávání a profesní přípravy mentálně postižených. Různé lékařské obory, které do školství vstupovaly a zásadním způsobem ho ovlivňovaly, považují někteří z nich až za narušení edukačního procesu. U žáků s mentální retardací, kteří školský systém opouštěli, převládá dojem, že lékařské invence a stigmatizace jsou přirozenou součástí jejich života.

Sociální model vznikl jako reakce na potřebu vytvoření nového paradigmatu v důsledku kritiky medicínského modelu. Oproti němu zdůrazňuje tento model

celostnost před mechanismem a redukcionismem. V tomto pojetí nefiguruje tělesné, smyslové nebo mentální postižení jako hlavní příčina zneschopnění, oslabení či znevýhodnění daného jedince. Postižení je vnímáno jako důsledek strukturálních handicapujících vlivů ze strany společnosti. Postupná akceptace sociálního modelu pozitivně ovlivnila rozvoj vzniku služeb odstraňujících sociální bariéry nastavené většinovou společností. Lidé s postižením mohou prožívat stejně kvalitní a spokojený život jako zdraví jedinci, není-li poskytnutá péče orientována pouze na rehabilitaci, reedukaci a kompenzaci, ale především na diskvalifikující, segregující a degradující bariéry ve vnějším prostředí (Černá 2008, s. 104 - 105).

I přes vývoj v oblasti přístupu k lidem s mentálním postižením se v praxi stále můžeme setkat s uplatňováním tzv. medicínského modelu. Zejména v ústavních typech zařízení, která jsou typická vysokým počtem klientů, nízkým počtem zaměstnanců a mnohdy také represí. V tomto prostředí leckdy stále přežívá duch minulých let a změny přicházejí jen pozvolna. Je to dáno především dlouholetými zvyklostmi pracovníků daných zařízení a neochotou sebekriticky zhodnotit přístup k vlastní práci a ke klientům.

3 Ústavní péče o osoby s mentálním postižením

3.1 Vývoj ústavní péče

Ústavní péče o nemocné a sociálně handicapované má pohnutou historii. V jednotlivých etapách jejího vývoje byla vždy velmi úzce spjata s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby (Mühlpachr 2001, s. 9).

V prvobytně pospolné společnosti neexistovala žádná forma institucionální péče. Lidé silně věřili v nadpřirozené síly a postižení bylo chápáno jako posednutí zlým duchem. „Léčit“ mentální postižení se snažili prostřednictvím magických ochranných symbolů a exorcismu.

V období prvních civilizací měl způsob léčby obdobný charakter. Postižení však nevzbuzovalo ve společnosti pohoršení ani odpor. Lidé s handicapem tvořili její nedílnou součást a bylo s nimi zacházeno jako s právoplatnými členy.

Antická společnost však zaujímala opačný postoj. Duševně choří, kteří byli označeni za zuřivé nebo nevyléčitelně nemocné, čekala smrt. Samotný Platón označoval jejich záhubu za nejlepší řešení jak pro ně samotné, tak pro stát. Tzv. klidní duševně nemocní pak byli svěřováni do péče svých příbuzných, aby nezůstávali bez dozoru. Pokud rodina péči a dohled zanedbávala, musela zaplatit pokutu. Dalším způsobem řešení situace bylo vyobcování, které však pro jedince znamenalo jistou smrt.

Zakládání útulků neboli diakonií pro handicapované a sirotky se objevuje až s příchodem křesťanství, tedy v období, které nazýváme **středověk**. Centrem církevního života se staly kláštery, při kterých byly také často zřizovány tzv. hospitály. Ty poskytovaly především sociálně charitativní péči, zejména z důvodu nutnosti chránit společnost od osob, jejichž způsob života, vzezření nebo onemocnění nepovažovali lidé za normální. Z útulků, vznikajících zejména v prvním století křesťanství vznikaly tzv. xnenodochia. Tato vznikala jako forma pomoci a pohostinství poskytované klášteřem poutníkům, starcům, sirotkům, vdovám, pronásledovaným, ale také nemocným a bláznům. Funkci pečovatелů zde vykonávali duchovní, řádoví bratři, mniši a jeptišky.

Příčina vzniku duševních onemocnění byla vykládána démonologicky, jako posedlost d'áblem - démonem. Důvodem byla obava církve z ohrožení její moci. Výroky duševně nemocných lidí totiž mohly otrástit postavením církve. Démonologie tak představovala vhodnou koncepci o vzniku duševních chorob, která zapadala do křesťanského výkladu světa. Duševně choří byli zcela postaveni mimo společnost a často vyháněni za hradby měst.

Po rozvoji lékařství v Evropě veřejnost kritizovala nevědecký přístup v léčbě duševně nemocných (exorcismus apod.). Na základě toho začalo oslabovat církevní dogma. Církev si uvědomovala, že pokud nové pokrokové myšlenky neumlčí, bude její moc pomalu upadat. Proto každý, kdo oponoval „svaté pravdě“ byl označen za posedlého satany a demony, nařčen z čarodějnictví a následně zlikvidován.

Charakteristickým znakem **renesance** ve vztahu k myšlení lidí bylo hledání pravdy ve vědách na základě empirické zkušenosti. Renesance bojovala proti čarodějnictví, démonologii a církevním dogmatům vůbec. V tomto období se setkáváme s novým sociálním aspektem v péči o duševně choré v podobě definování pravidel a předpisů pro zacházení s nimi. Přestože motivem nebyl zájem o zdravotní stav postižených, ale obava společnosti, že jim budou tyto osoby na obtíž, jednalo se o pokrokový aspekt a výraz humanistického způsobu myšlení. Lidé se již neuchylovali k vraždění duševně nemocných z důvodu jejich vlastní lhostejnosti a nezájmu.

Tehdejší společnost nepovažovala osoby s postižením za nebezpečné, proto existovala intuitivní komunální péče. Oproti tomu fungovala v období renesance instituce, jejímž úkolem byla detence a izolace duševně nemocných. Funkci ochrany společnosti plnila velmi spolehlivě. Nehovoříme zde totiž o instituci jako o budově, nýbrž o lodi, „Lodi bláznů“. Ta plula od města k městu a nalod'ovala místní „blázny“.

Osvícenství s sebou přináší vznik velkých internačních budov, špitálů a trestních institucí, které měly polosoudní strukturu. Vzniká všeobecná pracovní povinnost, která platí i pro postižené jedince. Někteří z nich pracovat nemohli, byli

nepřizpůsobiví. Z toho důvodu se objevila potřeba zvláštního režimu. Ta byla naplněna v podobě špitálů a dalších internačních institucí. Jejich úkolem byla náprava a trestání nemravného nebo nepřijatelného chování.

Významnou událostí **období novověku** je zavedení tzv. domovského práva jako nového principu v péči o sociálně handicapované. Domovské právo obci ukládalo povinnost pečovat o své chudé. Vedle církve se tak obce staly dalšími zřizovateli ústavů pro jedince bez zázemí nebo prostředků k udržení života.

Koncem 17. a začátkem 18. století, v **období tzv. moderních dějin**, začínají být lidé s mentálním postižením efektivně vylučováni ze společnosti. Jsou pro ně zřizovány velké ústavy, které sdílí spolu s trestanci, propuštěnými vojáky a chudými. Důvodem pro sociální vyloučení postižených jedinců bylo nerespektování základního příkazu pracovat, čímž se společnost cítila ohrožena.

V 19. století již začíná ústavy zřizovat stát. Na základě kritiky polyfunkčnosti internačních zařízení vznikají zařízení specializovaná. Rodí se také nové názvy pro instituce jako je nemocnice, trestnice, polepšovna, chudobinec. Mimo to vznikají instituce, určené pro tzv. šílence, které se nazývají Azyl. Charakteristickým znakem tohoto zařízení je autorita, dohled a okamžitý soud. Způsob internace sice probíhal mimo běžné právní normy, avšak napodoboval způsob trestání ve věznicích. Primárním důvodem vzniku, který mimo jiné odrážel tehdejší postoj společnosti, byla potřeba lidí vyloučit tyto jedince ze svých řad (Mühlpachr 2001, s. 9 - 22).

Radikální změna v postoji k péči o osoby s mentálním postižením nastala na přelomu 18. a 19. stol., kdy se ústavy začínají orientovat na potřeby a zájmy svých klientů. Byla jim poskytnuta všestranná péče, ovšem podle univerzálního klíče, tzn. všem stejně bez ohledu na jejich schopnosti. Veřejnost nabyla dojmu, že osoby s postižením je třeba chránit před nároky okolního světa. Mnohdy byl omezen i kontakt s rodinou.

Ideálem dnešního způsobu poskytování rezidenčních sociálních služeb je poskytování pouze takových služeb, které klient skutečně potřebuje a maximální podpora vztahů s rodinou, blízkými lidmi a místní komunitou. Charakteristickým

znakem současnosti je tzv. deinstitucionalizace, tj. změna orientace z ústavní péče na neústavní. Důsledkem toho ubývá velkokapacitních zařízení, služby jsou poskytovány na základě dobrovolnosti, v přirozeném prostředí. Do sociálních služeb vstupuje čím dál tím více vysokoškolsky vzdělaných lidí, které spojuje snaha o efektivní poskytování služeb dle současných trendů.

Obecně uznávaným faktem je, že ústavy s vysokým počtem lůžek, zasazené do izolovaného prostředí, klientům neprospívají. Na podkladě těchto zkušeností rezidenční sociální služby transformují svou podobu tak, aby byly pro své klienty co nejpríznivější. Při poskytování služeb je kladen důraz na svobodnou volbu, individuální přístup a zajištění pouze potřebných služeb. Ne všechny služby se vyvíjí stejně rychle. Nebudou-li však někteří poskytovatelé schopni reagovat na vývoj současných trendů, budou pravděpodobně pod tíhou nabídky konkurence ohrožovat svou vlastní existenci (Matoušek 1999, s. 31 - 35).



Obrázek č. 1: Areál domova pro osoby se zdravotním postižením.

3.2 Funkce ústavů

„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Ústav je spjat se třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyhoštění, vyobcování.“ (Matoušek 1999, s. 19)

Ve starých dobách lidé věřili v existenci nadpřirozené síly, která na zemi působí chaos. Jako obrana proti vpádu nepříznivých sil sloužil dům či chráněná sídla. Ty spolu s rodinou a okruhem dalších známých domů, jejich obyvatel (obec) a dalším okruhem kultivované přírody (pole, zahrady, louky) tvořily osobní střed jistoty lidí. Vzdálenější neznámé okolí bylo považováno za nebezpečné. Zkušenost rodiny vysvětluje Matoušek (1999, s. 19 - 21) na základě přesvědčení lidí vychovávat dítě ve stálém prostředí chráněném před okolním chaotickým světem, aby bylo schopno osvojit si potřebné znalosti a dovednosti umožňující mu obstát v komplexním prostředí velkého světa. Byly známy případy citové deprivace dětí vychovávaných bez rodičů a mělo se tedy za to, že k dobrému vývoji stačí prostředí omezené na několik pečujících osob a několik místností a nejbližší okolí bydliště.

K oběma zkušenostem (obce a rodiny) se váže jeden společný zážitek - zážitek domova. Pro mnohé z nás je myšlenka života v ústavních podmínkách nepřestavitelná a nemožná. Musíme si však uvědomit, že ústav pro klienty opravdu domovem je. Domovem, který tvoří spolubydlící, jež na počátku spojoval pouze shodný druh postižení a zaměstnanci. I přestože cítíme, že takový způsob života není zcela normální a pro nás samotné by byl nepříjemný, není většinová společnost připravená na to umožnit lidem s postižením žít běžný život v běžných podmínkách - tedy žít společně a zlomit kletbu vyobcování.

Tak jako v rodinách a ve státě, je i vnitřní řád ústavů udržován prostřednictvím souboru pozitivních a negativních sankcí. Existuje zde hierarchie společenských pozic, přičemž formální nadřízenost se nemusí ztotožňovat s nadřízeností neformální. Ústavy mají svou kulturu i atmosféru, lidé v něm hovoří vlastním slangem. Vůči svému okolí jsou více či méně uzavřené, vstup i pohyb v nich je

kontrolovaný. Mezi personálem a klienty jsou jasně vymezené hranice, tak jako je tomu např. u rodiče a dítěte.

Funkce ústavů můžeme vnímat ze dvou hledisek: z hlediska společnosti a z hlediska individua. V některých případech se zájmy obou stran ztotožňují, rozcházejí-li se, je to většinou zájem společnosti, který rozhoduje. Z hlediska individua je nejdůležitějším kritériem respekt k osobní svobodě v rozhodování. Vstup do ústavu je podmíněn souhlasem klienta nebo nařízením soudních a státních institucí či rozhodnutím lékaře, v tomto případě do něj jedinec vstupuje většinou nedobrovolně.

Ústav zasahuje v různé míře do osobních svobod a práv svých obyvatel. Tento aspekt je nejpatrnější ve věznicích, v zařízeních pro osoby s mentálním postižením není tak výrazný (Mühlpachr 2001, s. 33 - 34).

Funkce ústavů shrnuje Matoušek (1999, s. 22) do tří bodů:

1. **Podpora a péče.** Funkce vystupující do popředí v zařízeních nahrazujících péči v domácím prostředí. Bez poskytnutí odpovídající péče a podpory by kvalita života klientů byla mnohdy na velmi nízké úrovni, v některých případech by jedinci nebyli schopni přežít.
2. **Léčba, výchova a resocializace.** Funkce nalézající své uplatnění zejména ve vztahu k nemocnicím, léčebným a rehabilitačním zařízením, zařízením pro osoby propuštěné z výkonu trestu apod. Smyslem je docílit pozitivní změny stavu u klienta (vyléčit ho, začlenit do společnosti apod.).
3. **Omezení, vyloučení a represe.** Funkce, která do popředí vystupuje v prostředí věznic, psychiatrických léčeben či táborech pro uprchlíky. Jedná se o zařízení vznikající z důvodu ochrany společnosti před pachateli trestných činů, osobami trpícími akutní psychózou nebo neznámými cizinci.

Matoušek dále zmiňuje také funkci rekreační. Ta se však vztahuje k zařízením, jako jsou lázně nebo ozdravovny, které nejsou z hlediska povahy práce podstatné.

Podoba ústavní péče prochází v posledních desetiletích podstatnou změnou. Je upouštěno od tradičních organizovaných forem ve prospěch individuálního přístupu a začleňování služeb do běžné komunity.

Obecně lze předpokládat, že rodina bude stále méně ochotna a schopna se starat o své handicapované členy. Ústavní péče bude tedy stále více potřebná, i když v jiné formě, než na kterou jsme byli doposud zvyklí.

3.3 Personál ústavu

Hovoříme-li o ústavu v jeho klasickém pojetí, tedy jako o zařízení pro vysoký počet klientů, soustředěné do velkých budov, můžeme se ve vztahu k personálu setkat s podobnými charakteristikami. Nejvýraznější je několikanásobně menší počet pracovníků k počtu klientů, o něž pečují. Mezi další patří např. fenomén moci, který je spojen s výkonem tohoto povolání. Represe je v současné době skrývanou funkcí ústavu, avšak jako přežitek minulé doby stále existuje. Objevuje se nejčastěji ve formě zásahu do práv klienta, ve formě různých omezení vyplývajících z lpění na univerzálních pravidlech a přesvědčení, že klient není schopen rozhodovat o svém životě a proto je lepší, rozhodne-li za něj pracovník. Zmíněnému tématu se věnuje také známý praktik a autor mnoha publikací doktor Hynek Jůn, který tvrdí, že problémové chování klientů plyne ve většině případů ze špatného rozhodování a přístupu personálu a je proto nutné přejít od represe směrem ke spolupráci (Jůn 2008, s. 22).

Sociální služby v transformovaných formách klasických ústavů s vysokým počtem zaměstnanců a menším počtem klientů a důrazem na individualizaci podpory a péče, poskytují spíše neziskové organizace. Stát reaguje na nové trendy velmi pozvolna. V současné době se prostřednictvím projektu Podpora transformace sociálních služeb, do kterého je zařazeno třicet dva zařízení ústavního typu z celé republiky, snaží o opouštění velkých budov a začleňování menších skupin klientů pobytových služeb do běžného prostředí, prostřednictvím výstavby nových domů, pronájmu bytů apod. (<http://trass.cz>, 2012).

Tak, aby byl tým pracovníků funkční, ať již v jakékoliv formě rezidenční péče, musí být sestaven podle fungující koncepce zařízení, která mimo jiné říká, jaké vlastnosti a dovednosti od svých i potencionálních zaměstnanců vlastně vyžaduje. Dalším předpokladem dobrého fungování ústavu jsou jasně vymezené kompetence pracovníků. Ideální je jejich rozdělení do jednotlivých funkčních

subtýmů, které nesou maximální možnou míru odpovědnosti, rozhodovací pravomoci (ohraňované pravidly) a iniciativy.

Při dlouhodobém působení personálu v prostředí ústavních zařízení dochází zejména v některých typech těchto služeb k tzv. syndromu vyhoření. Jeho projevy jsou zejména nechuť k práci, ztráta empatie, podrážděnost a další. Účinnou prevencí rizika syndromu vyhoření je kvalitní systém supervize a postgraduálního vzdělávání (Mühlbacher 2001, s. 41 - 42).



Obrázek č. 2: Práce personálu s klienty v transformovaném zařízení sociální péče.

3.4 Klienti

V případě pobytových služeb pro klienty s mentálním postižením by měl být vstup do těchto zařízení podmíněn dobrovolným rozhodnutím klienta. Pomineme-li fakt, že velká část jedinců je zbavena způsobilosti k právním úkonům, tudíž za něj rozhoduje opatrovník, hovoříme o dobrovolnosti jen s určitou nadsázkou. Motivem bývá často krizová situace, jako je ztráta bydlení nebo pečovatele. Pro klienta nebývá tato změna příliš vítanou. Vstup do neznámého prostředí, spojený s nutností přizpůsobit se určitému novému řádu, je sám o sobě velmi stresující pro každého z nás. Proto, má-li se klient v novém prostředí dobře adaptovat, je vhodné dát mu možnost, aby se s ním seznámil ještě dříve, než má být skutečně umístěn. Zařízení by mělo potencionálním žadatelům ve srozumitelné formě poskytovat informace o způsobu péče, aktivitách apod. Tyto informace spolu s cílem klienta, kterého chce prostřednictvím využívání služby dosáhnout, jsou obsaženy ve smlouvě o poskytování sociální služby. Po dobu pobytu by měl klient

zastávat aktivní roli v procesu hodnocení svého stavu, hodnocení sociální služby a vypracovávání svého individuálního plánu.

Rizikem zejména ústavních forem péče je vytváření vlastní subkultury, která jen málo komunikuje s okolním světem. Důsledkem je izolovanost a nepřizpůsobivost běžným podmínkám. Subkulturu mohou však v rámci zařízení vytvořit i samotní klienti. Čím více do ní personál proniká, čím více se s ní ztotožňuje, tím více je ohroženo samotné fungování služby. Zaměstnanci ústavu se chtějí mnohdy stůj co stůj zavděčit svým klientům a mohou se tak snadno dostat do situace, že je budou podporovat v postojích či aktivitách vylučujících se podstatou fungování služby (Mühlpachr 2001, s. 42 - 43).



Obrázek č. 3: Klientka domova pro osoby se zdravotním postižením.

3.5 Rizika ústavní péče

Mühlpachr (2001, s. 37 - 38) ve své publikaci uvádí následující výčet rizik spojených s pobytem ústavním zařízením:

1. **Hospitalismus.** Stav, kdy je klient dobře adaptován na umělé podmínky života v ústavu. Schopnost adaptace na běžný život se však rapidně snižuje. To je dáno komplexností poskytované péče bez ohledu na schopnosti klienta, pohybem v omezeném prostoru a kontaktem pouze s určitou skupinou lidí (ostatní klienti a zaměstnanci).

2. **Ústavní homosexualita.** Ústavy jsou často zřizovány pouze pro osoby stejného pohlaví. Poměrně častý výskyt homosexuální orientace klientů ústavních zařízení je důsledkem nepřítomnosti vrstevníků opačného pohlaví.
3. **Ponorková nemoc.** Život v ústavu je doprovázen stereotypem, ten u lidí zvyšuje únavu, snižuje toleranci, vyvolává agresivní jednání a zvýšenou sugestibilitu.
4. **Šikana.** Objevuje se v různých formách. V důsledku mentálního postižení jsou však nejčastěji obětmi právě klienti.
5. **Ztráta soukromí.** Typická daň za pobyt v ústavu.

Pro klienta může v důsledku vyjmenovaných rizik život v ústavních podmínkách vyvolat vážné psychické trauma, jehož následkem je neochota styku s lidmi z odlišného prostředí.

3.6 Pravidla a sankce v ústavu

Tak jako každá organizace má i ústav sklony k byrokratizaci. Normy, kterými se řídí jak personál, tak klienti, mohou být psané - formální nebo nepsané - neformální. Podstatné však je, aby nevystupovaly do popředí před zájmy klientů, byly prezentovány srozumitelnou formou a ze strany klientů akceptovatelné.

Dle Mühlpachra (2001, s. 38) pravidla obvykle obsahují:

- kdy a komu je ústav, případně jeho části přístupný,
- kdy a kde se konají programy, nakolik jsou povinné,
- kdy má klient volný čas pro sebe,
- jak se udržuje a kontroluje hygiena, pořádek,
- kdy a za jakých podmínek je možné ústav opustit,
- normy týkající se kouření, alkoholu a drog,
- normy týkající se agresivity a sexuálních kontaktů mezi klienty,
- užívání věcí a zařízení, jež mají klienti v ústavu k dispozici atd.

Zákonný rámec pro tvorbu pravidel při poskytování služeb udávají Standardy kvality sociálních služeb (dále také Standardy kvality či standardy).

3.7 Dnešní formy pobytových služeb

V současné době existuje pro osoby s mentálním postižením celá řada pobytových služeb. Jedná se např. o domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení a týdenní stacionáře či odlehčovací služby. Tyto služby jsou definovány zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách (<http://uplnezneni.cz>, § 44 - 51, 2012).

Chráněná bydlení, týdenní stacionáře či odlehčovací služby však do své péče přijímají klienty, kteří jsou více soběstační nebo žijí se svou rodinou či blízkými. Naplňování Standardů kvality sociálních služeb je v těchto službách, více kontrolováno prostřednictvím blízkých osob a klientů samotných. Riziko omezování práv není tedy v tomto případě zvláště vysoké. Naopak je tomu v případě ústavních forem péče, tedy v případě domovů pro osoby se zdravotním postižením.

3.7.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Zákon 108/2006 Sb. vymezuje domovy pro osoby se zdravotním postižením jako sociální služby poskytující pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Mezi poskytované služby patří: poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, výchovné a vzdělávací činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Podle dřívější právní úpravy se tato zařízení nazývala „ústavy sociální péče“.

V současné době existuje v České republice stále ještě řada zařízení s velmi vysokou kapacitou lůžek (až 300 klientů) a nízkým počtem personálu. Jsou často umístěna na odlehlých místech v nevyhovujících budovách starých zámků apod. Snahu o systémovou změnu v kvalitě péče přináší právě zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách a Standardy kvality v sociálních službách (Matoušek 2008, s. 53 - 54).

3.7.2 Chráněné bydlení

Služba chráněné bydlení poskytuje svým klientům ubytování v bytech či domech a služby asistenta. Matoušek aj. (2010, s. 124) k danému uvádějí, že „rozsah asistence záleží na potřebách uživatelů, někde s nimi asistenti tráví dvacet čtyři hodin denně, jinde pomáhají jen s určitými činnostmi (hospodaření s penězi, nakupování oblečení apod.). Je-li to nutné, asistenti klienty informují o tom, co je potřeba (např. zaplatit nájem), i o tom, jak to provést. Podporují uživatele, aby činnosti zkoušeli sami. Uživatelé si tak většinou vytvářejí vlastní postupy (nebo přijímají navržené).“

Mezi poskytované činnosti v chráněném bydlení patří: poskytnutí ubytování a stravy (nebo její zajištění), pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí klienta (Sokol, aj. 2008, s. 119 - 120).

V současné době se služba chráněné bydlení v našich podmínkách velmi rozvíjí. Budovy či byty, v nichž je poskytována, jsou většinou zasazeny do běžné komunity. Oproti domovům pro osoby se zdravotním postižením, je tak naplňován obecný cíl sociálních služeb - podpora setrvání lidí v běžném prostředí a předcházení sociálnímu vyloučení. Negativem tak zůstává pouze omezená možnost klienta vybrat si spolubydličího, z důvodu nedostačující kapacity zařízení (Matoušek, aj. 2010, s. 124 - 125).

3.7.3 Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře jsou pobytové služby, prostřednictvím kterých je osobám s mentálním postižením zajištěna strava, ubytování (většinou v pracovních dnech), pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Sokol, aj. 2008, s. 112 - 113). Některé

stacionáře zajišťují pro své klienty také chráněné dílny, sociálně terapeutické dílny nebo také různé programy pro rodiny (Matoušek 2007, s. 97).

Klienti týdenních stacionářů žijí se svými blízkými. Rodina a služba jsou v častém kontaktu, což přispívá k efektivnější kontrole kvality poskytovaných služeb.

3.7.4 Odlehčovací služby

Cílem odlehčovacích, neboli také respitních služeb, je ulevit členům rodiny od pečovatelské zátěže. O klienta může být postaráno dvěma způsoby. Buď je péče poskytována v domácím prostředí za pomoci asistenta, nebo je jedinec umístěn do pobytového zařízení, kde je zajištěna kompletní péče. V případě pobytové formy se základní poskytované činnosti neliší od domovů pro osoby se zdravotním postižením. Pokud je služba terénní, je ze základních činností vyjmuto poskytnutí ubytování (Matoušek, aj. 2007, s. 97).

4 Standardy kvality sociálních služeb

„Sociální služby se mohou přímo dotýkat života každého z nás. Již řadu let je v naší zemi výrazně patrné úsilí o zavedení systému kvality v této oblasti, který by byl garantovaný státem. Byl vytvořený promyšlený a účinný nástroj pro zavádění kvality - Standardy kvality sociálních služeb. Vycházejí ze základních morálních hodnot, které oceňují respekt k lidské svébytnosti. Konkrétní témata standardů sledují kvalitu života každého, kdo využívá sociální služby. Orientují se na individuální podporu člověka v jeho přirozeném prostředí a zaměřují se na obhajobu a prosazování jeho práv. „ (<http://kvalitavpraxi.cz>, 2012)

4.1 Zajištění kvality služeb v ČR

Česká republika se svým vstupem do Evropské unie zavázala k dodržování mezinárodních zákonů a předpisů a dalších norem. Na základě požadavku unie, zabývat se jakostí ve všech jejích oblastech, byl vytvořen Národní program podpory jakosti. Jeho cílem je podpora a rozvoj péče o jakost v oblastech jako výchova, vzdělávání, poradenství, bezpečnost a ochrana zdraví při práci a ochrana spotřebitele. Na základě tlaku Evropské unie a současných trendů dochází v České republice ke zvyšování kvality také v oblasti veřejných služeb. Tzv. veřejné služby zahrnují mimo jiné sociální politiku a dotýkají se sociálních služeb.

Politika sociálních služeb prochází v posledních letech transformací, jejímž základním úkolem je stanovení základní úrovně kvality sociálních služeb a zavedení mechanismu k jejich kontrole a plynulému zlepšování. Transformace je důsledkem změn v přístupu ke klientům sociálních služeb, v metodách sociální práce a zvyšujícího se počtu poskytovatelů a jejich nejasné kompetence. Nástrojem pro zajištění kvality, bezpečnosti i odbornosti na poli poskytování sociálních služeb se staly Standardy kvality sociálních služeb. Standardy byly vytvořeny na základě tříleté spolupráce poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb a odborníků na sociální služby a sociální práci jak z České republiky, tak ze zahraničí (zejména Velké Británie). Prostřednictvím standardů je možné porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb i samotných zařízení. Výstupy

z hodnocení služeb jsou důležité zejména pro instituce, které je financují (stát, samospráva, sponzoři, uživatelé).

Standardy využívají prvky profesionálních i komerčních systémů k zajištění kvality a byly vytvořeny tak, aby se plně slučovaly s evropským sociálním modelem (Standardy kvality sociálních služeb, 2004, s. 9).

4.2 Legislativní zakotvení Standardů kvality

Standardy kvality sociálních služeb vycházejí ze zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon vstoupil v platnost dne 1. ledna 2007, jeho poslední úprava je platná od 1. ledna 2012. Upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb aj. Mimo to, dále vymezuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka v různých oblastech sociální práce. Předchozí zákon o sociálních službách byl dle interpretace vlády příliš nákladný, neefektivní a nevhodný. Účelem reformy bylo tento trend zastavit a s tím mimo jiné zajistit účelnější vyplácení příspěvku na péči.

Nový zákon rozdělil sociální služby do tří základních oblastí. Jsou jimi sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevence.

Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Jejich poskytovatelé jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Dle § 37 zákona o sociálních službách se dělí na *základní a odborné sociální poradenství*. Úkolem první oblasti je poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace osob. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na specifické potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob. Jedná se např. o poradny pro osoby se zdravotním postižením, manželské poradny atd. Součástí odborného poradenství je také půjčování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich hlavním cílem je umožnit svým klientům zapojit se do běžného života ve společnosti v co nejvyšší možné míře. V případech, kdy toto jejich nepříznivý zdravotního stav vylučuje, je úkolem státu zajistit jim důstojné

prostředí a zacházení. Služby dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách zahrnují např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení a další.

Služby sociální prevence jsou zákonem charakterizovány jako služby, jež: „napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“ (<http://uplnezneni.cz>, §53, 2012)

Do služeb sociální prevence zahrnujeme např. telefonickou krizovou intervenci, sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a jiné.

Zákon o sociálních službách s sebou přinesl naprosto revoluční změnu v systému sociální péče. Matoušek, aj. (2008, s. 26) uvádí, že zákon „vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich klienty (uživateli), založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, důsledně individuálním přístupu, na úsilí o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí a ze společnosti, se zvláštním důrazem na též spolupráci mezi poskytovateli, uživateli i osobami jim blízkými, s cílem mobilizovat uživatele sociálních služeb k převzetí spoluodpovědnosti na řešení jejich nepříznivé situace a závislosti na poskytování sociálních služeb.“

Základní zásady zákona o sociálních službách jsou:

- bezplatné sociální poradenství pro každého jedince,
- zachování lidské důstojnosti a respekt k lidským a občanským právům a oprávněných zájmům,
- individuální přístup,
- aktivizace k samostatnosti,
- podpora při zakotvení v přirozeném sociálním prostředí,
- rovnoprávnost,

- dobrovolnost.

Zákon také přináší nové instituty jako:

- příspěvek na péči,
- povinnost registrace poskytovatele,
- možnost poskytování sociálních služeb fyzickou osobou (blízká osoba, asistent sociální péče),
- smlouva o poskytování sociálních služeb,
- Standardy kvality sociálních služeb,
- Inspekce poskytování sociálních služeb.

K zákonu o sociálních službách se vztahuje také prováděcí vyhláška 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zmíněného právního předpisu (Krutilová, aj. 2008, s. 26).

4.3 Základní charakteristika standardů

Standardy kvality sociálních služeb popisují, jak má sociální služba poskytující kvalitní péči a služby vypadat. Tvoří soubor měřitelných a ověřitelných kritérií (vlastností a charakteristik). Standardy nestanovují, jaká práva a povinnosti mají poskytovatelé a uživatelé, jejich smyslem je umožnit posuzování poskytování služeb ve vztahu k jejich kvalitě. Charakteristickým znakem těchto kritérií je obecnost. Princip obecnosti je uplatňován z důvodu potřeby využití standardů pro všechny druhy sociálních služeb.

Existence standardů je důležitá jak z pohledu uživatelů služeb, tak jejich zadavatelů (stát, kraj, obec apod.). Z toho důvodu jsou uspořádány taky, aby naplňovaly zájmy a potřeby obou těchto skupin.

Posláním sociálních služeb je podpora uživatelů, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, prostřednictvím sociálního začleňování. Poskytovatelé by tedy měli podporovat uživatele, aby zůstali či se stali rovnocennými členy společnosti, využívali přirozených zdrojů, žili nezávisle s ostatními lidmi v přirozeném sociálním prostředí. Snahou Ministerstva práce a sociálních věcí proto bylo

vytvořit taková kritéria, prostřednictvím nichž by bylo možné rozpoznat, zda služby opravdu podporují osobní růst a nezávislost svých uživatelů.

Standardy kvality zdůrazňují orientaci na osobní cíle uživatelů. Prostřednictvím cílů, kterých chtějí klienti pomocí služby dosáhnout, je řešena jejich nepříznivá sociální situace. Osobní cíle představují konkrétní aplikaci obecných ideálů jako důstojnost, maximální podpora či plnohodnotný život. Jedním z hlavních znaků kvalitní sociální služby tedy je, schopnost je naplňovat (Standardy kvality sociálních služeb, 2002, s. 4).

4.4 Využití a význam standardů

Povinnost vytvářet Standardy kvality a uplatňovat je v praxi mají všichni registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Jejich zavedení má tedy celonárodní platnost. Klienti a instituce, které služby financují a objednávají, mají prostřednictvím standardů možnost porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb. Z hlediska poskytovatelů standardy znamenají možnost jak hodnotit, udržovat či zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb a zajistit si tak prosperitu do budoucna.

Zavedení Standardu kvality do praxe je důležité zejména ve vztahu ke zkvalitnění a zefektivnění sociálních služeb, přičemž největší význam mají pro ústavní formy péče, kde jsou jejich uživatelé nejvíce ohroženi sociálním vyloučením a nerespektováním autonomie a potřeb každého uživatele (Standardy kvality sociálních služeb, 2002, s. 4- 5).

V pobytových zařízeních sociální péče se kvalita života klientů odráží zejména ve schopnosti sociální služby vnímání jejich potřeb, přání a specifik, sledování úrovně života, což zahrnuje např. bydlení a okolní prostředí, zjišťování postojů klientů k poskytované péči a míře a způsobu používání restriktivních opatření (Norman, aj. 2007, s. 520).

4.5 Hodnocení kvality prostřednictvím standardů

Standardy kvality v každé sociální službě obsahují nebo by měly obsahovat mechanismy hodnocení kvality a to nejen na úrovni managementu a pracovníků, ale také klientů (např. dotazníky spokojenosti, kniha stížností apod.).

Dalším nástrojem, jak kvalitu poskytování služeb hodnotit je „Inspekce poskytování sociálních služeb“. Účelem vytvoření tohoto institutu byla potřeba kontroly registrovaných poskytovatelů prostřednictvím státu, který služby dotuje. Obsahem kontroly je plnění povinností a naplňování požadavků zákona o sociálních službách, který mimo jiné zahrnuje také Standardy kvality. Vyjma kontroly má inspekce ještě další úlohu - monitorování činnosti poskytovatelů, jeho upozorňování na případné nedostatky a vedení k jejich odstranění. Na základě zjištění nedostatku může dojít ke správnému řízení a následnému udělení pokuty nebo zastavení činnosti. Tyto restrikce jsou však až tím nejzazším opatřením (Krutilová, aj. 2008, s. 31).

4.6 Požadavky Standardů kvality sociálních služeb na výkon činností sociální práce

Cílem sociální práce je pomáhat lidem zvládat obtížné životní situace prostřednictvím podpory jejich sociálního fungování za pomoci tzv. klíčových činností sociální práce, které Musil (2004, s. 58) vymezuje jako:

- působení na osobu klienta, na jeho sociální prostředí nebo na obojí současně,
- ovlivňování sociálního prostředí klienta podněcováním změn podpory, kterou mu poskytuje sociální prostředí, nebo působením na očekávání sociálního prostředí, nebo souběžným působením na obojí,
- poznávání a ovlivňování komplexu navzájem souvisejících, různorodých překážek zvládání životní situace klientem,
- řešení problému, se kterým klient přichází, v rámci jeho souvislosti s dalšími nesnázemi a možnostmi klienta,
- individuální posouzení životní situace konkrétního klienta,

- přiměřené zjišťování a přiměřený (nezavádějící) výklad různorodých okolností životní situace a souvislostí mezi nimi,
- volba teoretického přístupu k intervenci, který je vhodný a daný pro případné předání případu jinému pracovníkovi, který má s aplikací vhodného přístupu zkušenost,
- samostatné koncipování „na míru ušitého“ postupu intervence, která odpovídá unikátním okolnostem případu,
- přizpůsobování postupu intervence vývoji případu a výsledkům intervence,
- zajišťování návaznosti těch služeb pomáhajících pracovníků jiných oborů nebo organizací, které je třeba klientovi poskytnout, aby mohl zvládat obtížnou životní situaci.

Standardy kvality výslovně nepožadují využití sociální práce v sociálních službách, přesto některé z nich uvádějí činnosti vymezené v předcházejícím modelu činností sociální práce (standard číslo, tři, čtyři pět a osm), nebo je podněcují nepřímo (standard číslo jedna a devět).

V případě prvního standardu je po poskytovateli sociální služby požadováno formulovat metodiku, prostřednictvím které bude naplňován veřejný závazek směřující k tomu, aby „lidé v nepříznivé sociální situaci zůstali součástí přirozeného místního společenství, mohli žít běžným způsobem, uplatňovat svoji vůli a byli chráněni před předsudky“ (Musil 2004, s. 59). Z toho vyplývá, že tvůrce Standardů kvality by měl mít představu o cílech sociální práce (viz výše) a do metodiky tak zahrnovat činnosti, které tyto cíle naplňují, tzn. „působit na osobu klienta a na jeho sociální prostředí“.

Třetí a pátý standard apelují na to, aby vstupní posouzení situace klienta vycházelo z hledisek sociální práce a aby se v jeho průběhu využívaly některé činnosti sociální práce. Před přijmutím klienta je nutné stanovit s ním jeho osobní cíl, kterého chce prostřednictvím sociální služby dosáhnout, rozsah poskytovaných služeb, jeho formu a průběh atd. Tyto náležitosti se pak následně odrážejí ve smlouvě o poskytování sociální služby (standard číslo čtyři). Pracovník při stanovování osobních cílů a postupu intervence vychází zejména z přání

a potřeb klienta, jeho schopností, možností, znalostí rizik okolí, sociální a zdravotní diagnózy. Pouze na základě těchto znalostí je možné provést „individuální posouzení a intervenci šitou na míru“.

„Průběžné vyhodnocování a přizpůsobování intervence měnícím se okolnostem“ je realizováno na základě požadavků standardu číslo tři, čtyři a pět, kdy úkolem klíčového pracovníka je kromě stanovení cíle a způsobu jejich dosažení, stanovit kritéria hodnocení toho, zda je osobních cílů klientů dosahováno a v případě potřeby cíle přehodnocovat a měnit. Standard osm a deset dále ukládá povinnost dohody mezi klientem a organizací o posuzování a zaznamenávání výsledků a způsobu přehodnocování cílů. Zmíněné požadavky vybízí k tomu, aby v zařízení působil tzv. klíčový pracovník, který by tyto funkce vykonával/zastával.

Mezi další činnosti uvedené v modelu patří „zajištění navazujících služeb“. Standardy kvality stanovují poskytovatelům skrze standard číslo osm povinnost zprostředkovávat navazující služby v případě, že je klient potřebuje a nemůže si je zajistit sám. I přes to, že standardy neuvádějí, kdo by měl služby zajišťovat, zdá se být logické, že by to měl být buď klient sám, nebo spolu se svým klíčovým pracovníkem (Musil 2004, s. 59 - 61).

4.7 Dělení Standardů kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb jsou rozděleny do patnácti oblastí, které jsou pro lepší orientaci číslovány klasicky od jedné do patnácti. Ke každé z oblastí náleží kritéria, podle nichž se posuzuje, zda služba splňuje požadavky jednotlivého standardu. Kritéria se dělí na zásadní a nezásadní. Toto označení poskytovatelům ukazuje, která kritéria jsou v oblasti zajištění kvality stěžejní a má také vliv na hodnocení jejich naplňování prostřednictvím inspekce.

Obecně jsou standardy děleny do tří následujících skupin:

Procedurální standardy (č. 1 - 8) patří mezi nejdůležitější část. Zabývají se tím, jak má vypadat poskytování sociálních služeb, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám svých klientů či zásadami pro jednání a přijímání žadatele o poskytování sociálních služeb. Značná část je věnována ochraně práv uživatelů.

Personální standardy (č. 9 - 10) se zabývají zajištěním služby po personální stránce. Kvalita poskytovaných služeb je přímo závislá na zaměstnancích každé organizace. Personální standardy tedy popisují nutnou úroveň jejich vzdělání, dovedností, způsob jejich vedení a podpory a podmínky, v nichž pracují.

Provozní standardy (č. 11 - 15) popisují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Týkají se prostor, kde jsou služby poskytovány, dostupnosti či rozvoje kvality (Kozlová 2005, s. 55 -60).

4.7.1 Standard č. 1 - Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Úkolem pro poskytovatele vyplývajícím ze standardu č. 1 je definování cílů, postupů a poslání služby. Tento standard bývá označován jako veřejný závazek - informuje veřejnost, potencionální zájemce, stávající klienty, personál a další osoby o tom, komu je sociální služba určena, jaké jsou její cíle a principy, kdo tvoří cílovou skupinu klientů, jaké druhy sociálních služeb jsou jim poskytovány apod. V rámci tohoto standardu služba definuje, jak umožňuje svým klientům uplatňovat svou vlastní vůli, jakým způsobem ochraňuje klienty před předsudky a negativním hodnocením okolí a jaké má zpracovány písemné postupy zaručující řádný průběh poskytování služby.

Cílem standardu je vymezit druh a formu poskytování služeb, zabránit vylučování klientů se svých přirozených sociálních vazeb, vytvořit mechanismy podporující uplatňování vlastní vůle klientů a ochranu před negativním hodnocením a předsudky společnosti (Matoušek 2007, s. 127).

Kritéria, která poskytovatel musí pro naplnění standardu č. 1 splnit, shrnuje následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel

postupuje.
b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.
c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje.
d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.

Tabulka č. 1: Kritéria ke standardu č. 1 (<http://mpsv.cz>, 1., 2012).

4.7.2 Standard č. 2 - Ochrana práv osob

Práva lidí s mentálním postižením jsou stejná jako práva jedinců bez postižení. Tento fakt je díky osvětě i legislativním tlakům v současné době notorický známý, avšak v reálném životě se stále setkáváme s jejich porušováním či omezováním (Sobek 2007, s 13). Ochrana práv klientů tvoří velmi problematickou oblast zejména v prostředí rezidenčních služeb, kde je omezování práv a osobních svobod běžnou praxí. Mezi nejrizikovější oblasti patří zejména dodržování práv na svobodu pohybu a osobních svobod, právo na důstojné zacházení, právo vlastnit majetek a další. Důvodem je obtížná implementace zákona v této oblasti, neochota sociálních služeb měnit zaběhlé metody práce a samotná nedostatečná znalost svých práv samotnými uživateli a omezená schopnost vlastního rozhodování. Z tohoto důvodu je stále nutné vytvářet dostatečný tlak potřebný k dosažení kýžené změny.

Obsahem standardu „Ochrana práv osob“ je dodržování a respektování práv klientů ze strany poskytovatele a to v průběhu sjednávání, trvání a ukončování služby. Výchozími dokumenty pro tvorbu tohoto standardu jsou zejména Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod a další dokumenty mezinárodního charakteru např. Úmluva o právech osob s postižením a další.

Smyslem standardu je definování oblastí, v nichž by mohlo docházet k ohrožení práv uživatelů, ke střetům zájmů mezi uživateli a personálem služby a stanovení

postupů pro jejich zamezení. Tato oblast se vztahuje k postupu pro řešení stížností, který tvoří důležitý mechanismus pro zajištění ochrany práv uživatelů. Kritéria také ukládají poskytovatelům povinnost řešit otázku přijímání darů (Bednář 2007, s. 57 - 59).

Souhrn kritérií, jež musí poskytovatel dle požadavků zákona o sociálních službách naplnit, popisuje následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Tabulka č. 2: Kritéria ke standardu č. 2 (<http://mpsv.cz>, 2., 2012).

4.7.3 Standard č. 3 - Jednání se zájemcem o sociální službu

Standard „Jednání se zájemcem o sociální službu“ vznikl z důvodu potřeby informovat žadatele o podmínkách poskytování sociální služby. Úkolem poskytovatele je zjistit od potencionálního klienta co od sociální služby očekává a společně s ním pak formulovat jeho osobní cíl a konkrétní způsob poskytování služeb. V případě osob s mentálním postižením je nutné, aby poskytovatel seznámil žadatele adekvátním způsobem. V praxi je to realizováno např. pomocí dokumentů v obrázkové formě apod.

Výsledkem jednání se zájemcem může být smlouva o poskytování sociální služby, která je akceptovatelná pro obě strany: klienta i poskytovatele. Matuška

(2007, s. 55) uvádí, že uzavření smlouvy je také „výrazným prvkem ochrany jak uživatele (před vstupem do nevhodné služby), tak i poskytovatele (před přijetím nevhodného uživatele) a prevencí vzniku traumat vznikajících v důsledku nevhodně zvolené sociální služby.

Kritéria nutná pro naplnění požadavků standardu č. 3 vymezuje následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby.
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Tabulka č. 3: Kritéria ke standardu č. 3 (<http://mpsv.cz>, 3., 2012).

4.7.4 Standard č. 4 - Smlouva o poskytování sociální služby

Existence standardu číslo čtyři plyne ze zákonné povinnosti poskytovat sociální služby na základě písemné smlouvy, vždy když o to klient projeví zájem. Za určitých podmínek lze v odůvodněných případech sjednat smlouvu také ústně, to však neplatí v případě rezidenčních sociálních služeb poskytujících ubytování.

I zde platí zásada srozumitelné formy sdělování informací obsažených ve smlouvě/dohodě.

Smlouva o poskytování sociální služby zahrnuje všechny podstatné informace týkající se konkrétního poskytování služeb a způsobu naplňování osobních cílů klienta (*Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 2004, s. 41- 44).

Uzavření smlouvy je logickým vyústěním procesu jednání se zájemcem o službu.

Poskytovatel musí při naplňování standardu splnit kritéria vyjádřena v následující tabulce:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy.
c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;

Tabulka č. 4: Kritéria ke standardu č. 4 (<http://mpsv.cz>, 4., 2012).

4.7.5 Standard č. 5 - Individuální plánování průběhu sociální služby

Povinnost poskytovatele plánovat a hodnotit průběh sociální služby spolu s klientem na základě jeho osobních cílů, potřeb a schopností vychází z jedné ze základních zásad Zákona o sociálních službách, kterou je princip sociálního začleňování při poskytování sociálních služeb. Individuální plánování tedy tvoří zásadní součást poskytování sociálních služeb a je výsledkem reformních tlaků zdůrazňující individualizaci služeb.

Pro realizaci individuálního plánování musí poskytovatel stanovit osoby, které se na něm s klientem přímo podílí a odpovídají za jeho průběh. Funkce takového pracovníka se nazývá klíčový pracovník. Do individuálního plánování mohou být mimo něj v určité míře zapojeni také ostatní pracovníci, rodinní příslušníci (mnohdy opatrovníci klientů) nebo také odborníci (např. supervizor, psycholog apod.).

Individuální plánování je procesem, který můžeme rozdělit do jednotlivých fází:

- hodnocení samostatnosti, schopností, dovedností a potřeb klienta;
- zjištění představ, přání a zálib klienta;

- stanovení cílů včetně způsobů a prostředků, prostřednictvím nichž chceme cíle dosáhnout;
- pravidelné společné zhodnocení spolupráce.

Základní zásada individuálního plánování je podpora běžného (anebo co nejběžnějšího) způsobu života klienta.

Individuální plán je nástroj pro zaznamenávání průběhu individuálního plánování.

Osobní cíl - je pojem zakotvený v zákoně o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášky. Vychází z osobních potřeb a přání klientů, směřuje k podpoře soběstačnosti a podpoře pocitu užitečnosti a potřebnosti. Jeho cílem je podporovat klienta, aby mohl žít běžným způsobem života (Krutilová, aj. 2008, s. 137 - 149).

Kritéria, jež musí poskytovatelé sociálních služeb v rámci tohoto standardu naplnit, ukazuje následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.
c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.
d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.
e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.

Tabulka č. 5: Kritéria ke standardu č. 5 (<http://mpsv.cz>, 5., 2012).

4.7.6 Standard č. 6 - Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard „Dokumentace o poskytování sociální služby“ se zabývá ochranou osobních údajů uživatele služby. Je provázán s jinými standardy (např. standard číslo dva a pět). Vychází především se zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, Listiny základních práv a svobod a jiných právních norem (Michalík 2008, s. 49 - 50).

Nejedná se pouze o dodržování zákonných předpisů, ale také o vytvoření takového systému práce s osobními údaji, prostřednictvím něhož bude možné poskytovat služby odborně a dodržovat práva klientů. Cílem je optimalizace nikoliv minimalizace zpracovávaných údajů (*Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 2004, s. 54).

Souhrn kritérií, jež musí poskytovatel dle požadavků prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách naplnit, popisuje následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;
c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.

Tabulka č. 6: Kritéria ke standardu č. 6 (<http://mpsv.cz>, 6., 2012).

4.7.7 Standard č. 7 - Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Ochrana práv a zájmů klientů je řešena prostřednictvím individuálního plánování, zásad jednání se zájemcem o službu, vymezení a způsobu řešení a prevence rizikových situací apod. I přes to může nastat situace, kdy se klient, ať už

z jakéhokoliv důvodu, bude cítit na svých právech dotčen. Proto je třeba mít dopředu stanovena jasná, srozumitelná a průhledná pravidla pro řešení stížností (Krutilová, aj. 2008, s. 167).

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách k problematice stížností a jejich řešení říká: „poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby“. (<http://uplnezneni.cz>, § 88, 2012)

Forma podání stížnosti může být různá: ústní, písemná, prostřednictvím pracovníka (např. u klientů s těžkým mentálním postižením - pracovník si všimne nespokojenosti a reaguje podáním stížnosti za klienta) aj. Povinností poskytovatele služeb je stížnosti evidovat a obeznámit s výsledkem jejich řešení dotčené jedince.

Poskytovatel by měl stížnosti vnímat jako nástroj, prostřednictvím něhož je možné uvědomit si vlastní pochybení a na základě toho zkvalitňovat poskytování sociálních služeb (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, 2004, s. 58).

Kritéria, jež musí být v rámci standardu splněna, uvádí následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele.
c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě.

d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

Tabulka č. 7: Kritéria ke standardu č. 7 (<http://mpsv.cz>, 7., 2012).

4.7.8 Standard č. 8 - Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Podstatou tohoto standardu je ochrana klienta před sociálním vyloučením. Prostřednictvím kritérií je poskytovatelům sociálních služeb uložena povinnost pomáhat jim ve využívání běžných veřejných služeb (lékař, pošta, kadeřník apod.) a v navazování a udržování přirozených sociálních vztahů (rodina, přátelé apod.). Cílem je podpora klienta v sociálním začleňování, tedy schopnosti samostatného fungování.

Standard má zásadní význam z hlediska pobytových sociálních služeb. Rezidenční služby již ze své podstaty vytváří izolovaný svět, který mnohdy brání či znesnadňuje udržení a rozvoj přirozených vztahů a využívání veřejných služeb. Proto je zejména v těchto zařízeních potřeba věnovat standardu zvýšenou pozornost (*Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 2004, s. 64).

Konkrétní výčet kritérií, jež je v rámci standardu nutné naplnit uvádí tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat.
b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejích individuálně určených potřeb.
c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj.

Tabulka č. 8: Kritéria ke standardu č. 8 (<http://mpsv.cz>, 8., 2012).

4.7.9 Standard č. 9 - Personální a organizační zajištění sociální služby

Klíčem ke kvalitnímu poskytování služeb jsou lidé, kteří službu tvoří, tedy její zaměstnanci (popř. dobrovolníci). Otázka personálního zajištění se v prostředí sociálních služeb se tedy stává velmi zásadní. Základem je samozřejmě fungující systém pro výběr, přijímání a zaškolování nových pracovníků a jasné vymezení jejich kompetencí a odpovědností. Dalším úkolem pro management služby je vytvořit takovou organizační strukturu, na základě které bude možné zajišťovat kvalitní poskytování sociálních služeb.

Z hlediska počtu zaměstnanců, nároků na jejich schopnosti, dovednosti, znalosti i osobnostní předpoklady se vychází zejména z potřeb uživatelů daného druhu sociální služby (*Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 2004, s. 69).

Povinnosti, které pro poskytovatele vyplývají, vymezuje následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v §115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována.
b) Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců.
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Tabulka č. 9: Kritéria ke standardu č. 9 (<http://mpsv.cz>, 9., 2012).

4.7.10 Standard č. 10 - Profesní rozvoj zaměstnanců

Důvodů k potřebě systematického řešení profesního rozvoje pracovníků je celá řada. Bednář (2008, s. 71) uvádí následující:

- nové požadavky na výkon práce,
- nové metody a pracovní postupy,
- nutnost zvládat organizační změny,
- výrazná orientace na kvalitu,
- změna vnějších i vnitřních podmínek,
- změna organizace práce,
- tlak na efektivitu práce.

Standard se zabývá vzděláváním a odbornou podporou pracovníků, jejich hodnocením, finančním oceňováním či systémem výměny informací.

Smyslem tohoto standardu je zajištění profesního rozvoje pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, jejich dovedností a schopností, které jsou potřebné pro splnění veřejných závazků služby a osobních cílů jejich klientů.

Práce zaměstnanců pečujících o klienty je velmi náročná, jak fyzicky tak zejména psychicky. Denně jsou konfrontováni s životními příběhy lidí, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci a jejich úkolem je snažit se zkvalitnit jejich život. Proto je nutné zajistit jim odpovídající podporu, která je realizována prostřednictvím vzdělávání, nezávislých odborných poradců (supervize) a v neposlední řadě také vytvořením odpovídajících podmínek pro práci (Sokol, aj. 2008, s. 273).

Kritéria vztahující se k profesnímu rozvoji zaměstnanců uvádí následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace.
b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání

zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.
c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje.
d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje.
e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

Tabulka č. 10: Kritéria ke standardu č. 10 (<http://mpsv.cz>, 10., 2012).

4.7.11 Standard č. 11 - Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard číslo jedenáct se zabývá časovou a prostorovou dostupností sociální služby. V rámci něho je posuzováno, zda je místo kde služba poskytována dostupné a zda je doba, po kterou je poskytována vyhovující. Při hledání odpovědi na tyto otázky se vychází z potřeb klientů.

V případě pobytových služeb je mnohdy nedaří naplňovat místní dostupnost, z důvodu umístění v odlehlých lokalitách, Klienti pak mohou velmi omezeně využívat veřejných služeb a zároveň je zamezováno kontaktu s přirozeným okolím (Krutilová, aj. 2008, s. 193).

Výčet kritérií ve vztahu ke standardu číslo jedenáct uvádí následující tabulka:

Kritérium
a) Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby.

Tabulka č. 11: Kritéria ke standardu č. 11 (<http://mpsv.cz>, 11., 2012).

4.7.12 Standard č. 12 - informovanost o poskytované sociální službě

Prostřednictvím tohoto standardu je poskytovateli ukládána povinnost zpracovat a zpřístupnit důležité informace o poskytovaných sociálních službách. Dobrá

informovanost je důležitá zejména z pohledu zájemce o sociální službu a je základní podmínkou pro dostupnost a průhlednost sociálních služeb.

Informační materiál by měl mimo veřejného závazku (tj. poslání, cíle služby atd.) obsahovat např. kdo je zřizovatelem sociální služby, kdo službu vede, jak se nazývá, co jej její náplní, jaké podmínky je nutné splnit pro vstup do služby a další informace (Krutilová, aj. 2008, s. 194).

Ke standardu se vztahuje pouze jedno kritérium, jež by měl poskytovatel naplnit:

Kritérium
a) Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.

Tabulka č. 12: Kritéria ke standardu č. 12 (<http://mpsv.cz>, 12., 2012).

4.7.13 Standard č. 13 - Prostředí a podmínky

Obsah standardu odráží předpoklad, že sociální služby by měly být poskytovány s ohledem na cílovou skupinu, pro něž jsou určeny (děti, senioři, osoby s postižením atp.). Prostředí a podmínky, ve kterých je služba poskytována by měly odpovídat zejména cílové skupině, kapacitě, charakteru služeb a potřebám klientů.

Ve vztahu k tomuto standardu jsou zásadní především materiální a technické vybavení, hygienické podmínky, bezpečnost práce, bezbariérovost, soukromí klientů a další (*Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 2004, s. 87).

Souhrn kritérií, jež musí poskytovatel dle požadavků prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. splnit, popisuje následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osoba individuálně určeným potřebám osob.

b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.

Tabulka č. 13: Kritéria ke standardu č. 13.

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb (<http://mpsv.cz>., 2012).

4.7.14 Standard č. 14 - Nouzové a havarijní situace

„Lidé očekávají od sociálních služeb vedle odbornosti a vlídného zacházení také spolehlivost a bezpečí. To jsou známky kvality, které jsou nejvíce ohroženy nenadálými událostmi, které lze pojmenovat jako nouzové a havarijní situace.“
(Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, 2004, s. 92).

Poskytovatel je povinen definovat situace, v nichž dochází k ohrožení života, zdraví či majetku, stanovit postupy pro řešení včetně způsobu jejich předcházení.

Nejedná se pouze o situace jako je požár, vypuknutí epidemie apod., ale například také o situace jako agresivita ze strany klienta, odmítnutí léčebného režimu, ztráta klienta na akci organizované zařízením a další (Krutilová, aj. 2008, s. 203 - 206).

Kritéria tradičně shrnuje následující tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení.
b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít.
c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

Tabulka č. 14: Kritéria ke standardu č. 14 (<http://mpsv.cz>, 14., 2012).

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

4.7.15 Standard č. 15 - Zvyšování kvality sociální služby

Podle tohoto standardu je poskytovatel povinen dbát na to, aby kvalita poskytovaných služeb byla neustále zvyšována a hodnocena. Do hodnocení by mělo být zapojeno co největší množství zdrojů (pracovníci, klienti, opatrovníci, zřizovatel, apod.). Je-li na základě hodnocení zjištěno, že zařízení neposkytuje sociální služby, tak jak deklaruje, měl by poskytovatel na základě toho usilovat o zavedení změn, vedoucích k nápravě. Prostřednictvím hodnocení však mohou být identifikovány také své silné stránky (*Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, 2004, s. 94).

Kritéria platná v rámci tohoto standardu uvádí tabulka:

Kritérium
a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob.
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.
c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby.
d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

Tabulka č. 15: Kritéria ke standardu č. 15 (<http://mpsv.cz>, 15., 2012).

4.8 Zavádění Standardů kvality do praxe v Libereckém kraji

Liberecký kraj od roku 2005 významně přispívá k rozvoji kvality sociálních služeb prostřednictvím vzdělávacích programů orientovaných na Standardy kvality.

První projekt nesl název „Zavádění a rozvoj kvality sociálních služeb v Libereckém kraji formou vlastního posouzení s podporou následných externích konzultací“. Zapojilo se do něj celkem jednapadesát poskytovatelů sociálních služeb z Libereckého kraje a to včetně jejich zadavatelů či zřizovatelů. V rámci projektu byly realizovány vzdělávací semináře a konzultace přímo v místě poskytování služeb za pomoci nezávislého odborníka (*Zavádění standardů a rozvoj kvality sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb v Libereckém kraji 2005-2006*, 2007, s. 3).

Po vzoru jmenovaného projektu byl později realizován další dílčí vzdělávací program s názvem „Vzdělávání metodiků zavádění Standardů kvality u poskytovatelů sociálních služeb“. Jeho cílem bylo zejména vyškolit pracovníky poskytovatelů sociálních služeb v dovednostech souvisejících s tvorbou a aktualizací metodik poskytování sociálních služeb. Tak jako předešlý byl i tento projekt složen ze dvou aktivit: vzdělávání a konzultace. Prioritou vzdělávací části byla její interaktivní forma. Mimo výkladu byla zaměřena také na cvičení ve skupinách, prezentace vlastní práce, poskytování zpětné vazby a sdílení dobré praxe účastníků. Konzultace v zařízení pak poskytovatelům napomáhala při řešení nejasností, aktualizaci a aplikaci nově vzniklých standardů a metodik (<http://instand.cz>, 2012)

Z osobní zkušenosti je možné říci, že zejména možnost konzultovat problematické okruhy ve vztahu ke Standardům kvality byla pro poskytovatele velkým přínosem. Odborníci, kteří poskytovatelům napomáhali, byli často lidé s bohatými zkušenosti např. inspektoři kvality sociálních služeb či supervizoři. Mimo to svou nezájatostí vnášeli do řešení různých situací svůj objektivní pohled. Pro klienty i pracovníky se tak stali cennými partnery a rádci.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíl praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit přínos Standardů kvality v sociálních službách pro osoby, které v tomto prostředí pracují s klienty.

Sociální služby pro účely práce reprezentují domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněná bydlení, které poskytují služby dospělým osobám s mentálním postižením.

6 Stanovení předpokladů

Na základě studia odborné literatury a zkušeností z praxe byly vyvozeny následující předpoklady:

1. Povinnost poskytovatelů sociálních služeb vytvářet a naplňovat Standardy kvality sociálních služeb zkvalitnila poskytování pobytových služeb pro osoby s mentálním postižením. Lze tedy předpokládat, že u většiny respondentů, došlo ke zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb, v oblasti zákonem vymezených základních poskytovaných činností.
2. Z důvodu obecně formulovaných metodik pro zavádění Standardů kvality do praxe je zejména v oblasti ochrany práv osob, která se dotýká téměř všech oblastí života klientů, u většiny respondentů, obtížná jejich správná formulace a aplikace.

7 Použité metody

Pro účely vypracování praktické části byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního šetření prostřednictvím metody dotazníku. Jeho cílem je zjistit postoj respondentů ke Standardům kvality sociálních služeb a zároveň ověření stanovených předpokladů.

V nestandardizovaném dotazníku byly použity otevřené i uzavřené otázky vlastní konstrukce. V úvodu dotazníku je respondent seznámen s jeho cílem, účelem

a předpokládanou dobou vyplňování. Dotazované osoby zodpovídali celkem sedmnáct otázek. Jejich úkolem bylo zjišťovat názor respondentů k problematice vztahující se k předem stanoveným předpokladům práce. Použitý dotazník tvoří přílohu bakalářské práce.

I přes to, že u dotazníkového šetření chybí osobní kontakt a poskytuje pouze omezené množství dat, je pomocí něho možné oslovit větší skupinu respondentů stejnou formou v relativně krátkém časovém období, přičemž získaná data lze většinou plně kvantifikovat. Klad představuje také jeho anonymita, z důvodu zvýšení procenta pravdivosti výpovědí dotazovaných. Výše popsané důvody vedly ke zvolení uvedené metody zjišťování údajů.

8 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu

Zkoumaný vzorek se v rámci dotazníkového šetření skládal z vedoucích pracovníků, sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách zaměstnaných v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněném bydlení. Cílovou skupinu uvedených sociálních služeb tvořili klienti s mentálním postižením.

Do dotazníkového šetření byli vybráni pouze takoví respondenti, kteří svou práci vykonávali ještě před zavedením zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tato podmínka byla stanovena z důvodu reálné možnosti posouzení stavu před zavedením Standardů kvality do praxe a po něm. Minimální věk respondentů byl dvacet pět let, přičemž délka jejich praxe činila minimálně sedm let.

Šetření bylo prováděno v období měsíce května 2012 celkem ve čtyřech zařízeních sociální péče v rámci Libereckého a Ústeckého kraje. Konkrétně se jednalo o tyto organizace:

- Dolmen, o. p. s. (Agentura pro chráněné bydlení),
- Domov Na Pustaji Křešice (Domov pro osoby se zdravotním postižením, dále jen DOZP),
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Mařenice, p. o.,
- Domov Sluneční dvůr, p. o. (DOZP).

Dotazník byl distribuován celkem v 74 vyhotoveních. Z toho se navrátilo 64 kusů. Rozsah zkoumaného vzorku N tedy činil 64 respondentů (N = 64). Souhrnný přehled poskytuje následující tabulka.

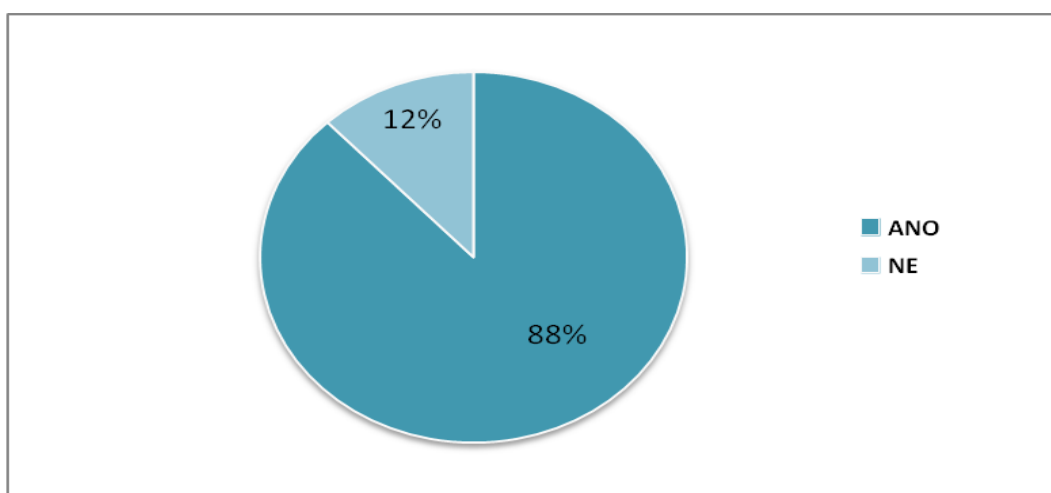
Tabulka č. 16: Počet distribuovaných dotazníků a jejich návratnost

NÁZEV ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	POČET DISTRIBUOVANÝCH DOTAZNÍKŮ	POČET NAVRÁCENÝCH DOTAZNÍKŮ	NÁVRATNOST V PROCENTECH
Dolmen, o. p. s.	10	5	50 %
Domov Na Pustaji Křešice	20	14	70 %
DOZP Mařenice, p. o.	30	27	90 %
Domov Sluneční dvůr, p. o.	24	18	79 %
CELKEM	74	64	88 %

9 Výsledky a jejich interpretace

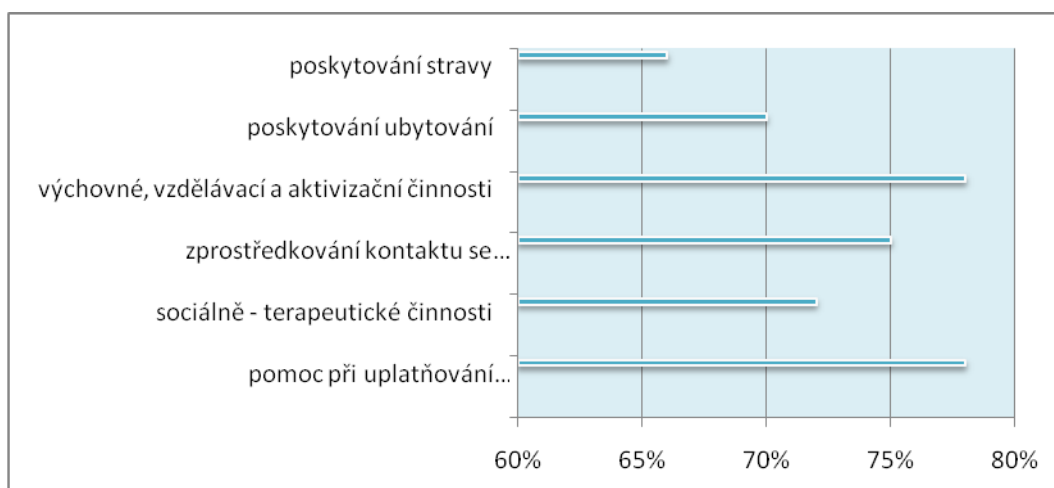
V kapitole jsou uvedeny výsledky šetření z oblasti Standardů kvality sociálních služeb. K vyhodnocení jednotlivých otázek položených v dotazníku je vždy uveden slovní komentář. Výsledky každé otázky jsou vyjádřeny pomocí grafů, ty uvádí odpovědi v celých procentech, tedy po matematickém zokrouhlení. Přesný počet respondentů, kteří odpovídali na jednotlivé otázky, je vyjádřen vždy v komentáři.

Graf č. 1 a): Vnímáte po zavedení Standardů kvality do praxe zkvalitnění poskytování sociálních služeb?



Graf č. 1 a) uvádí postoj respondentů k zavedení Standardů kvality do praxe, přičemž 88% (56) shledává po jejich zavedení do praxe pozitivní změnu, zbylých 12% (8) nikoliv.

Graf č. 1 b): Pokud ano, v jakých oblastech?



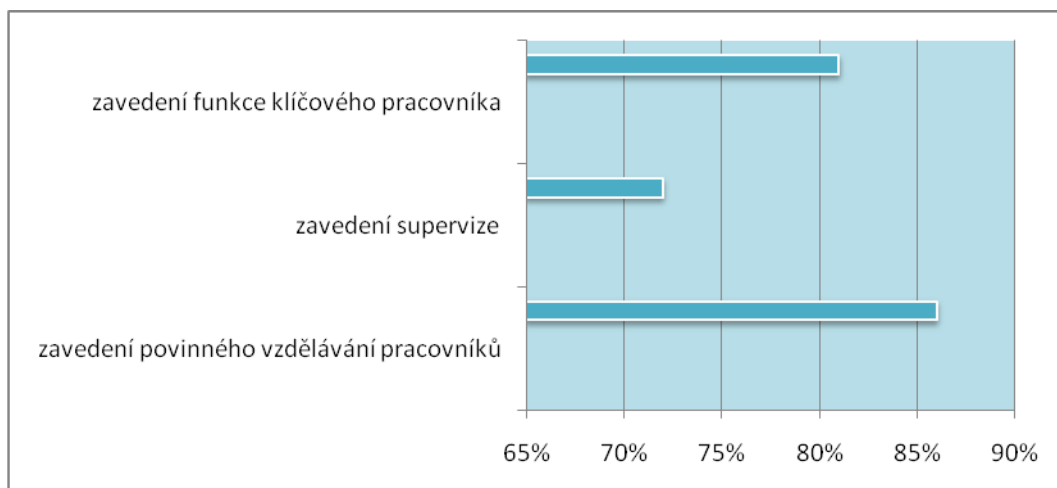
Respondenti, kteří v předcházející otázce odpověděli ano (56), dále vybírali libovolný počet činností (oblastí), v nichž dle jejich názoru došlo ke zkvalitnění poskytování sociálních služeb. Oblasti vyplývají ze zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o tzv. základní poskytované činnosti.

Graf č. 1b) uvádí, že 66 % (42) respondentů vnímá po zavedení Standardů kvality do praxe zlepšení v oblasti poskytování stravy, 70 % (45) respondentů v poskytování ubytování, 78 % (50) ve výchovných vzdělávacích a aktivizačních činnostech, 75 % (48) ve zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, 72 % (46) respondentů v sociálně-terapeutických činnostech a 78 % (50) v oblasti poskytování pomoci při obstarávání práv oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zkušenosti z vlastní praxe ukazují, že zavedením Standardů kvality do praxe s sebou opravdu přináší kvalitativní zlepšení. Poskytovatel se totiž musí na základě požadavků standardů zaměřit na všechny základní činnosti a nastavit jejich poskytování tak, aby splňovaly požadavek kvality a zároveň byly přizpůsobeny přáním a individuálním potřebám každého klienta. Při přizpůsobování poskytování sociálních služeb je také důležité položit si otázku, nakolik koresponduje život klientů s životem jejich vrstevníků. Pouze na základě aktivního přístupu poskytovatele k řešení těchto otázek, je možné efektivně

zbraňovat sociálnímu vyloučení a řešit nepříznivou životní situaci, v níž se klienti ocitli.

Graf č. 2: Jaké další oblasti podle Vás přispěly ke zvyšování kvality ve Vašem zařízení?



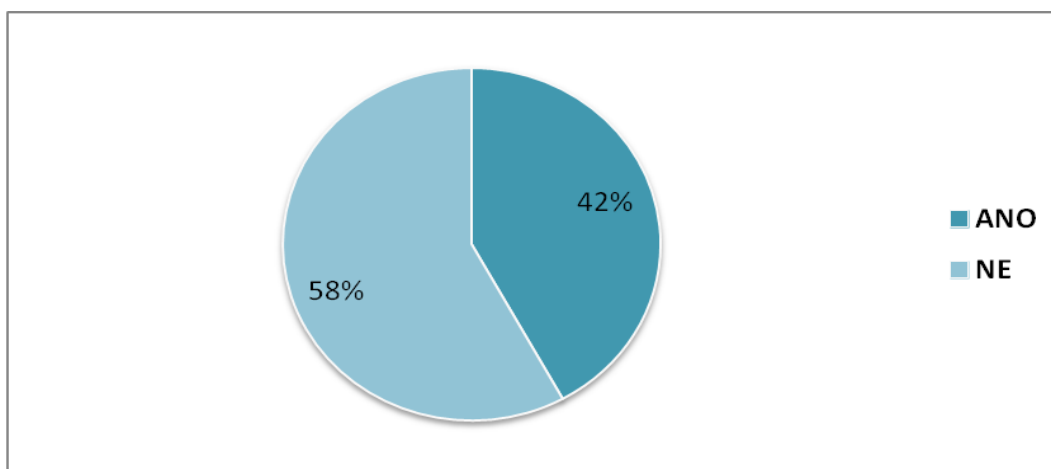
Graf č. 2 ukazuje, že přínosem pro zvyšování kvality v zařízení, kde dotazovaní pracují, bylo pro 81% (52) z nich také zavedení funkce klíčového pracovníka, pro 72 % (46) zavedení supervize a pro 86 % (55) respondentů zavedení povinného vzdělávání pracovníků. Dotazovaní měli opět možnost zvolit libovolný počet oblastí.

Fakt, že nejvíce odpovědí bylo znamenáno u „zavedení povinného vzdělávání“, může na základě pozitivní zkušenosti z praxe vyvolávat skutečnost, že povinnosti poskytovatele je zjišťovat vzdělávací potřeby svých zaměstnanců a přizpůsobit tomu témata školení, stáží, workshopů apod. Nižší počet respondentů u možnosti „zavedení supervize“ je patrně ovlivněn konkrétní podobou jejího provádění v zařízení. Velmi důležitá je také osoba supervizora. Pokud si totiž nedokáže s pracovníky vytvořit vztah založený na důvěře, je velmi pravděpodobné, že se pracovníci nebudou cítit bezpečně při sdělování svých obtíží a supervize se tak stane nepopulární činností.

V současné době se stále více začíná prosazovat tzv. supervize organizace. Jejím úkolem je supervidovat zaměstnance na všech úrovních a tyto úrovně se pak

snažit propojit, tak aby výsledek byl co neefektivnější. Častou praxí totiž je, že jsou supervidováni pouze zaměstnanci v přímé péči a management se supervize neúčastní. Informace sdělené na supervizi jsou důvěrné a stává se, že se o problémech, které zaměstnance tíží, zástupci vedení ani nedozví a tím pádem je neřeší.

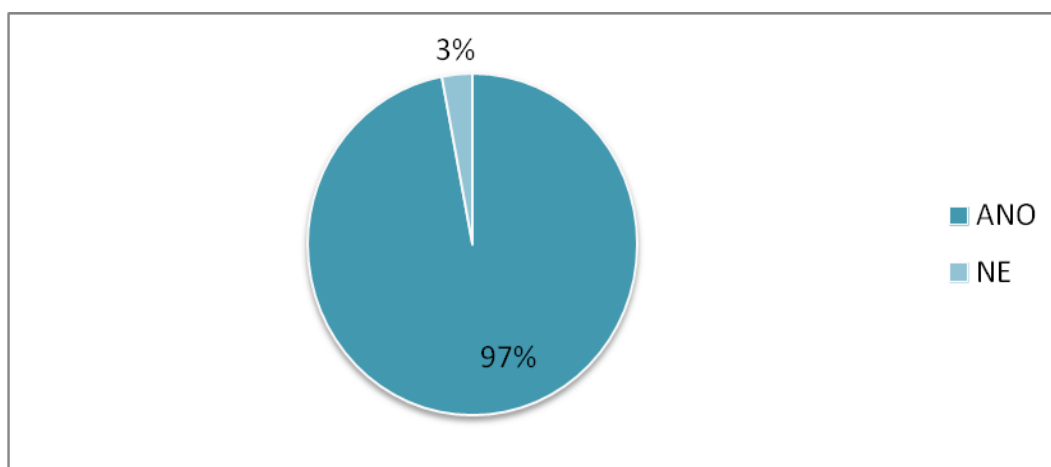
Graf č. 3: Rozšířilo se Vaše zařízení po roce 2006, kdy vstoupil v platnost nový zákon o sociálních službách, o další formy poskytování sociálních služeb (např. chráněné bydlení, denní/týdenní stacionář)?



Na otázku, zda zařízení rozšířilo po roce 2006 o další formy poskytování sociálních služeb, odpovědělo 58 % (37) respondentů ne a 42 % (27) ano.

I přesto, že kladná odpověď byla zaznamenána u méně než poloviny dotazovaných, jedná se o velmi významný počet. Rozšíření sociální služby o jiné formy pro poskytovatele znamená značnou zátěž. Nejedná se pouze o zajištění finančních prostředků na provoz, ale také o vytvoření nových pravidel a metodických postupů pro poskytování služeb, zajištění kvalitních personálních zdrojů atp. Z odpovědí je tedy patrné, že i přes počáteční překážky se poskytovatelé sociálních služeb snaží přizpůsobovat potřebám a přáním svých klientů.

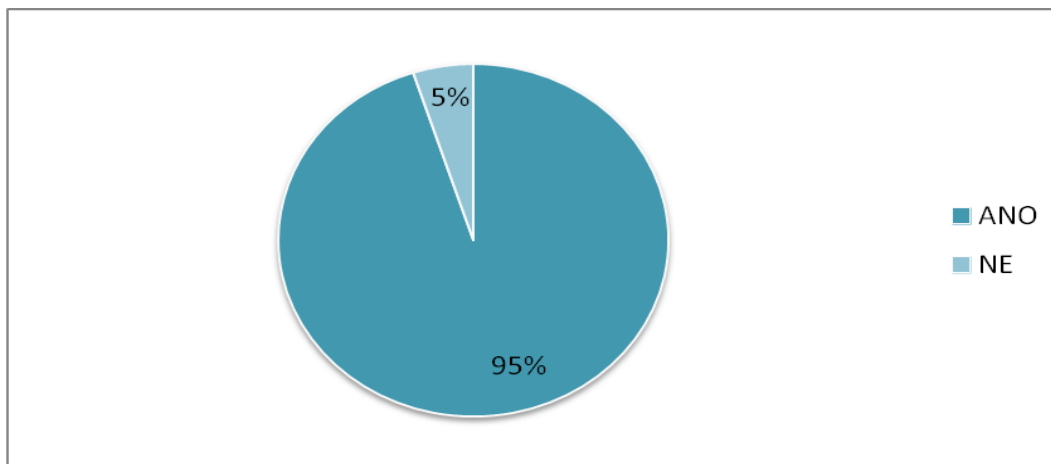
Graf č. 4: Poskytují Vám standardy a metodiky zpracované ve vašem zařízení návod jak postupovat při řešení běžných i mimořádných situací (ve vztahu ke klientům, k vlastní práci apod.)?



Dle grafu č. 4 97 % (62) dotazovaných poskytuje standardy a metodiky platné v zařízení, v němž pracují, návod jak postupovat při řešení běžných i mimořádných situací. Pouze 3% (2) respondentů standardy a metodiky návod neposkytuje.

Praktické zkušenosti ukazují, že zařízení mají většinou zpracovány všechny oblasti standardů na první pohled kvalitním způsobem. Jejich nedostatkem je však absence postupu v konkrétních situacích, s nimiž se zaměstnanci setkávají. Logicky se pak přístup a způsoby řešení dané události od sebe u každého pracovníka liší. Odlišný přístup je nevhodný ve vztahu ke klientům, působí rozpory v pracovním týmu apod.

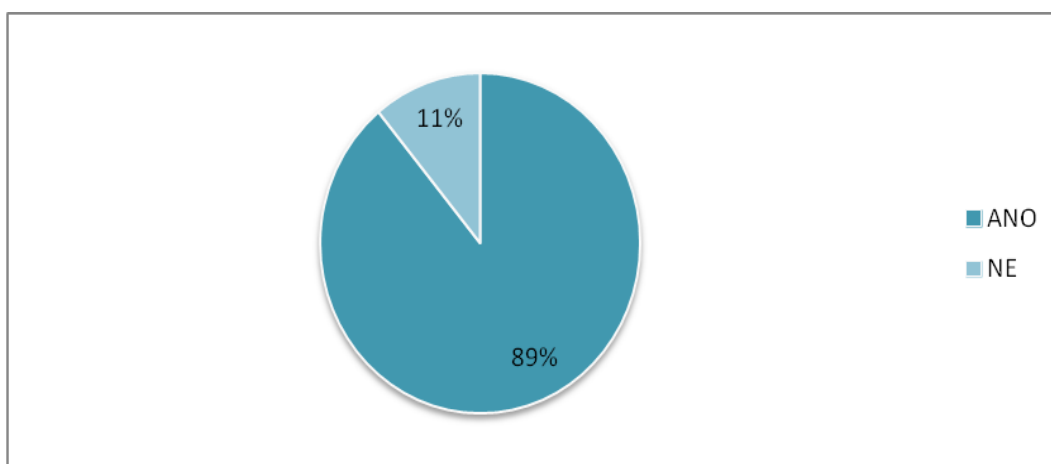
Graf č. 5: Máte možnost ovlivnit náplň standardů (návrhy, aktivní účast při tvorbě)?



Graf č. 5 ukazuje, že 95% (61) dotazovaných má ve svém zaměstnání možnost ovlivnit náplň Standardů kvality. 5% (3) obsah standardů ovlivnit nemůže.

Možnost ovlivnit náplň standardů všemi zaměstnanci, zejména pak přímé péče, je známkou kvality sociální služby. Důvodem je každodenní a blízký kontakt pracovníků v sociálních službách s klienty. Právě oni tak mohou do standardů vnést cenný obsah.

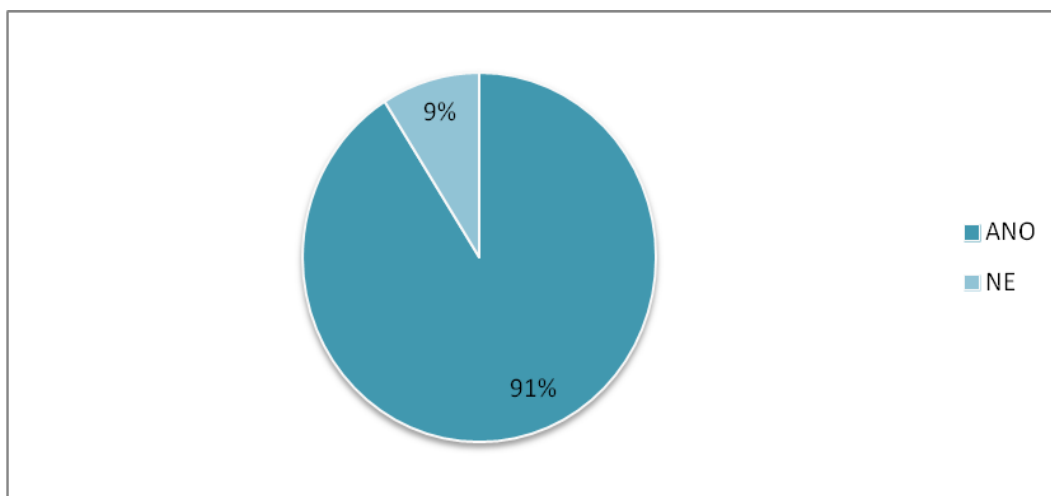
Graf č. 6 a): Je ve Vašem zařízení pravidelně hodnocena kvalita poskytovaných služeb?



Podle výsledků šetření 89 % (57) respondentů odpovědělo, že poskytovatel sociálních služeb pravidelně hodnotí kvalitu poskytovaných služeb. 11 % (7)

dotazovaných pak uvádí, že poskytovatel míru kvality služeb pravidelně nezjišťuje.

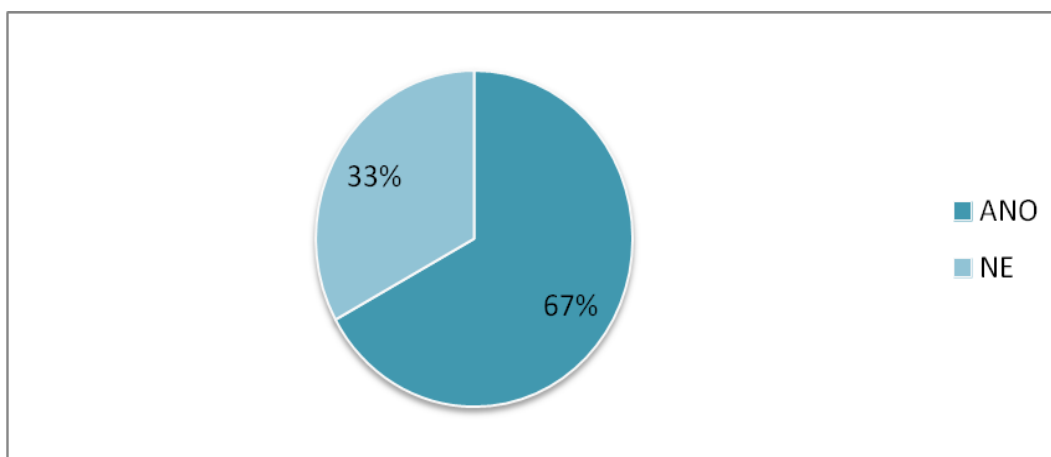
Graf č. 6 b): Pokud ano, podílíte se na hodnocení?



Z 89 % respondentů, kteří v přecházející otázce zvolili možnost „ano“, 91% (52) dotazovaných odpovědělo, že se na hodnocení kvality poskytování sociálních služeb přímo podílí, zbylých 9% (7) nikoliv.

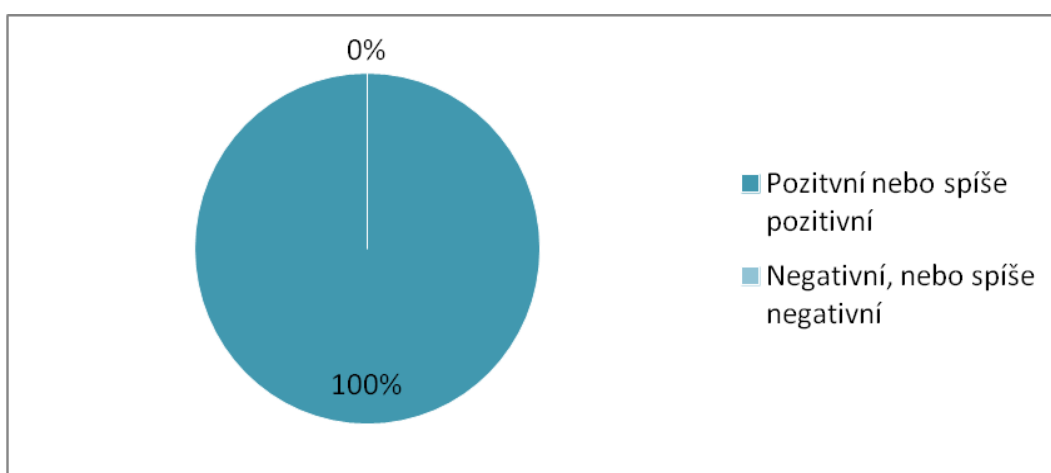
Na hodnocení kvality by se ideálně měli podílet zaměstnanci všech provozů a to i včetně stravovacího, technického apod. Kvalita života klientů je totiž ovlivňována mnoha faktory. Je spojena jak s poskytováním péče, tak například s jídlem atp. I přesto, že se šetření na zaměstnance zmíněných provozů nesoustředilo, jsou jeho výsledky velmi pozitivní a díky vysokému počtu kladných odpovědí také překvapující.

Graf č. 7 a): Prošlo zařízení, v němž pracujete inspekci poskytování sociálních služeb?



Grafu č. 7 a) ukazuje, že u 67 % (43) respondentů poskytovatel sociálních služeb a zároveň zaměstnavatel, prošel inspekci poskytování sociálních služeb. 33% (21) dotazovaných pak vypovědělo, že v zařízení kde pracují, inspekce provedena nebyla.

Graf č. 7 b): Pokud ano, jaký byl výsledek hodnocení inspektorů?

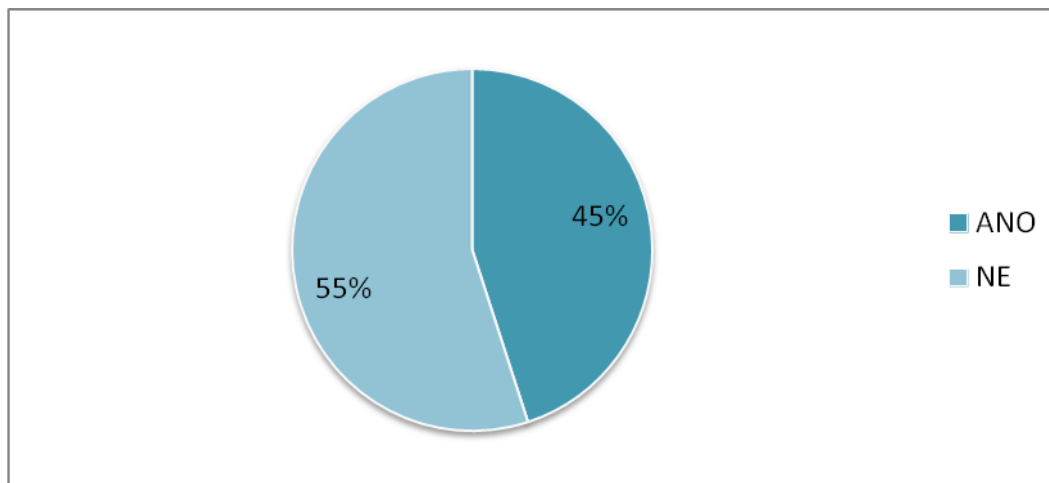


Z grafu č. 7 b) pak vyplývá, že všichni z 67% (43) dotazovaných, kteří v předešlé otázce zvolili možnost „ano“, pokládají výsledek hodnocení inspekce za pozitivní nebo spíše pozitivní.

Výsledky dotazníkového šetření vyplývající z grafu 7 b) hovoří samy za sebe. Kladné hodnocení inspektorů, je považováno za nejvyšší „ocenění“ kvality poskytovaných služeb. Je však nutno říci, že zejména pobytová zařízení, která

jsou často umístěna na odlehlých místech, nemohou požadavkům inspekce vyhovět. Důvodem je separace od většinové společnosti, což má vliv na činnosti související se sociálním začleňováním klientů. Výsledky tedy jsou sice pozitivní, avšak je nutno podotknout, že většina organizací, v nichž šetření probíhalo, není začleněna do běžné komunity. Velmi pravděpodobně to ukazuje na fakt, že i když zařízení bylo hodnoceno inspektory kvality negativně, ve vztahu k jeho poloze a mnohým souvisejícím aspektům s tím spojených, poskytují i přesto kvalitní služby.

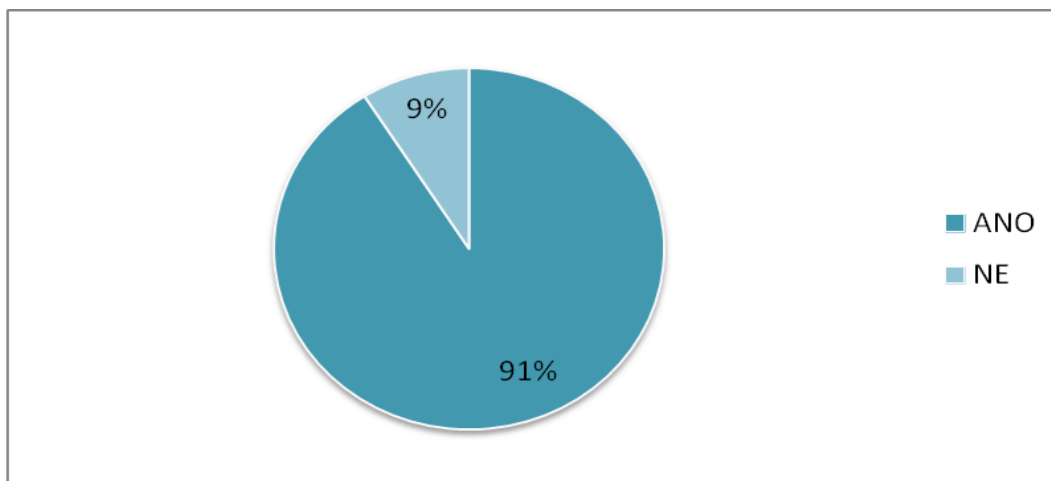
Graf č. 8: Vykonává poskytovatel sociálních služeb, u něhož jste zaměstnán/a funkci opatrovníka?



Na otázku, zda poskytovatel sociálních služeb, u něhož jsou respondenti zaměstnáni, vykonává funkci opatrovníka, odpovědělo 55 % (35) dotazovaných ano a 45 % (29) ne.

V otázce opatrovnictví se na první pohled může zdát, že pokud tuto funkci vykonává poskytovatel, který je s klientem v každodenním kontaktu, je vlastně vhodným kandidátem. Ve skutečnosti tím mezi klientem a poskytovatelem dochází k obrovskému střetu zájmů a vytváří se tak prostor pro zneužívání. V ideálním případě by funkci opatrovníka měla zastávat rodina či blízké osoby. Pokud nikdo takový neexistuje, měl by poskytovatel podat podnět k soudu a přenést výkon opatrovnictví na příslušnou obec.

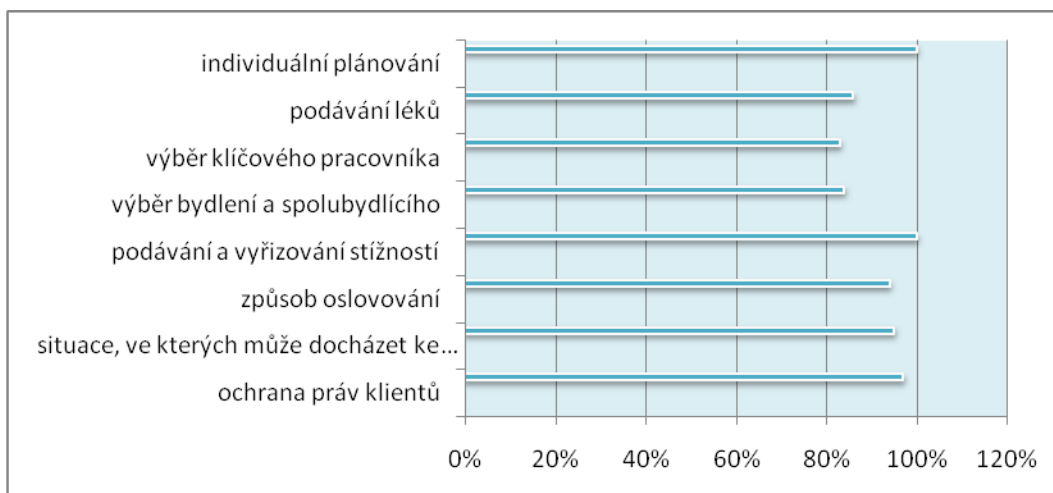
Graf č. 9: Usiluje zařízení, v němž pracujete o navrácení způsobilosti k právním úkonům klientů?



Graf č. 9 ukazuje, že u 91% (58) respondentů, usiluje zařízení, v němž dotazovaní pracují o navrácení způsobilosti k právním úkonům svých klientů, v 9 % (6) procentech se tomu tak neděje.

Aktivní přístup poskytovatele sociálních služeb v řešení otázky navrácení způsobilosti k právním úkonům klientů je ukazatelem jeho vyspělosti. Vzhledem k vysokému procentu kladných odpovědí dotazovaných a k faktu, že většina klientů je právních úkonů zbavena, zůstává otázkou, zda poskytovatelé opravdu vyvíjejí dostatečný tlak a úsilí v navrácení způsobilosti či je překážka na straně představitelů státních institucí (soudy, soudní znalci, atd.). Změnu by však měl přinést nový Občasný zákoník. Spolu s jeho uvedením v platnost by měla být způsobilost k právním úkonům navracena všem osobám a v opodstatněných případech by ji pak soud mohl pouze omezit v některých konkrétně určených činnostech. Tato tendence je reakcí na plošně zbavování způsobilosti k právním úkonům v minulosti.

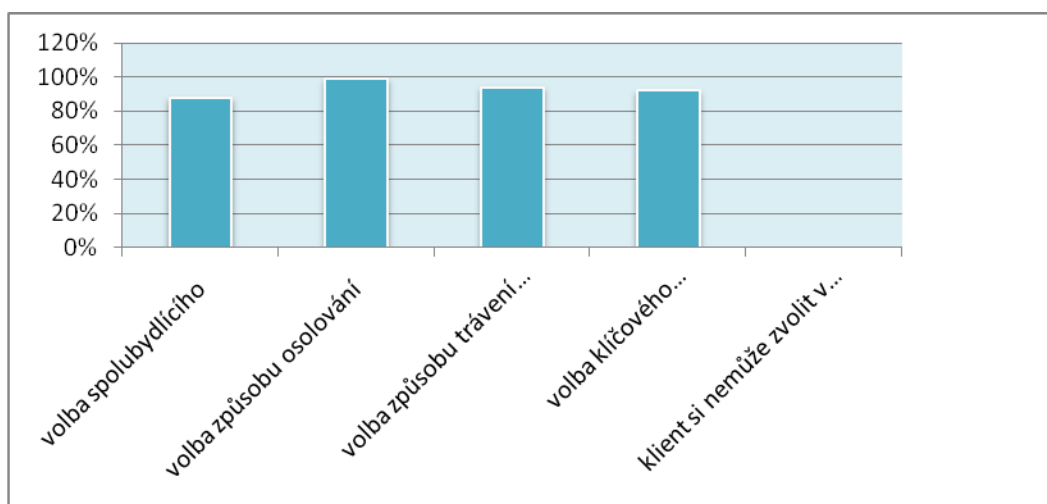
Graf č. 10: Má zařízení zpracována pravidla/ metodické postupy pro:



Prostřednictvím otázky č. 10 bylo zjišťováno, zda má poskytovatel sociálních služeb zpracována pravidla či metodické postupy v různých oblastech vztahujícím se ke Standardům kvality. 100% (64) respondentů uvedlo, že zařízení má zpracována pravidla/metodické postupy k individuálnímu plánování, 86 % (55) dotazovaných zvolilo možnost podávání léků, u 83 % (53) osob má zařízení písemně zpracovanou oblast výběru klíčového pracovníka, 84% (54) výběr bydlení a spolubydlícího, 64 (tj. 100 %) podávání a vyřizování stížností, 94 % (60) způsob oslovování, 95 % (61) situace, v nichž může docházet ke střetům zájmů a u 97 % (62) respondentů má poskytovatel služeb zpracovány pravidla či postupy pro řešení ochrany práv klientů. Při vyplňování otázky číslo 10 měli respondenti možnost vybrat libovolný počet odpovědí dle skutečnosti.

Důvodem pro umístění otázky do dotazníku je zmapovat situaci v jednotlivých organizacích z pohledu stěžejních Standardů kvality. I zde jsou výsledky pozitivní, ukazují však na neznalost vlastních metodik a pravidel některých pracovníků. Toto tvrzení vychází z faktu, že se počet odpovědí mnohdy liší o jednu a minimální počet navrácených dotazníků z jednotlivých zařízení je 5.

Graf č. 11: V jakých oblastech mají uživatelé služby možnost volby?

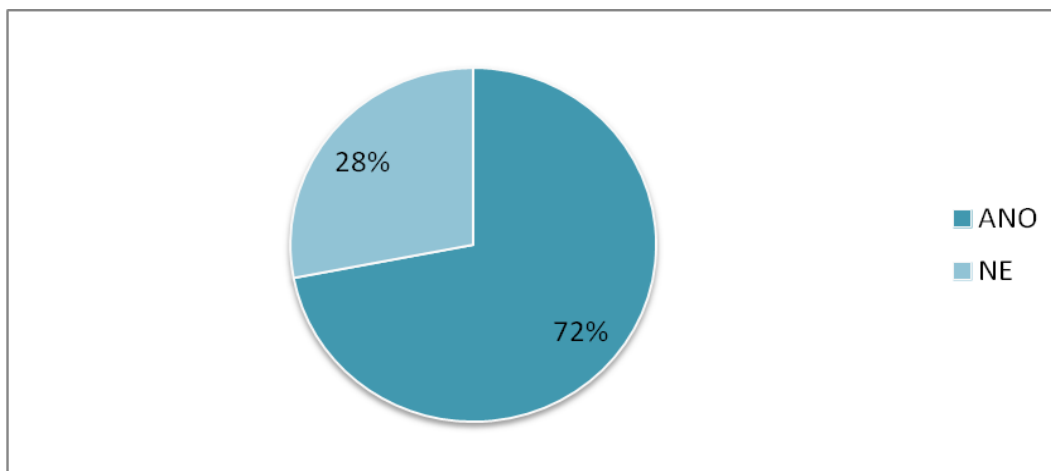


Graf č. 11 znázorňuje odpovědi respondentů na možnosti volby klientů v daných oblastech. 56 (tj. 88 %) dotazovaných označilo, že klienti mají možnost vybrat si spolubydličího v pokoji, kde bydlí, dle 63 (tj. 99 %) respondentů si mohou klienti zvolit způsob, jakým budou oslovoováni, dále na základě 60 (tj. 94 %) odpovědí si mohou zvolit způsob trávení dne. Možnost volby klíčového pracovníka pak zahrlo 59 (tj. 92 %) odpovídajících. Nikdo z respondentů neuvedl, že si klient nemůže zvolit z žádné z nabízených odpovědí.

Možnost volby je podstatná v životě každého z nás. V ústavních typech zařízení bylo zvykem ji pod tlakem univerzálních pravidel podstatným způsobem omezovat. Možnost volby v sobě samozřejmě skrývá nespočet oblastí, pro účely dotazníku však byly vybrány takové, které zřejmě nejvíce ovlivňují život klientů.

I v případě otázky číslo 11 se objevuje rozdílnost počtu odpovědí o poměrně malé procento. To však nemusí být podmíněno neznalostí pracovníku, ale pouze jejich subjektivním názorem.

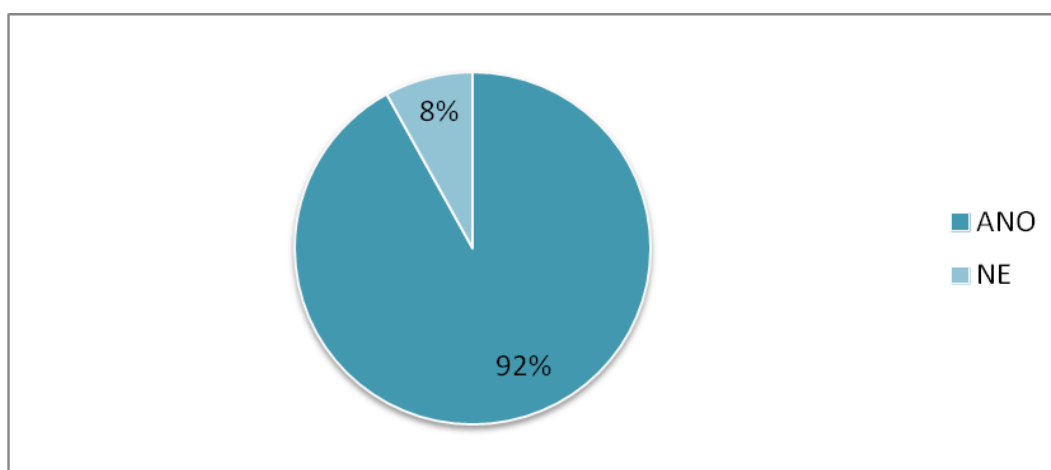
Graf č. 12: Mají klienti ve Vaší službě možnost být v soukromí (např. jednolůžkový pokoj, speciální místnost)?



Dle výpovědi 72 % respondentů (46) mají klienti v zařízení sociální péče možnost být v soukromí, např. ve vlastním pokoji, speciální pro to určené místnosti apod. 28% (18) osob pak uvedlo, že klienti tuto možnost nemají.

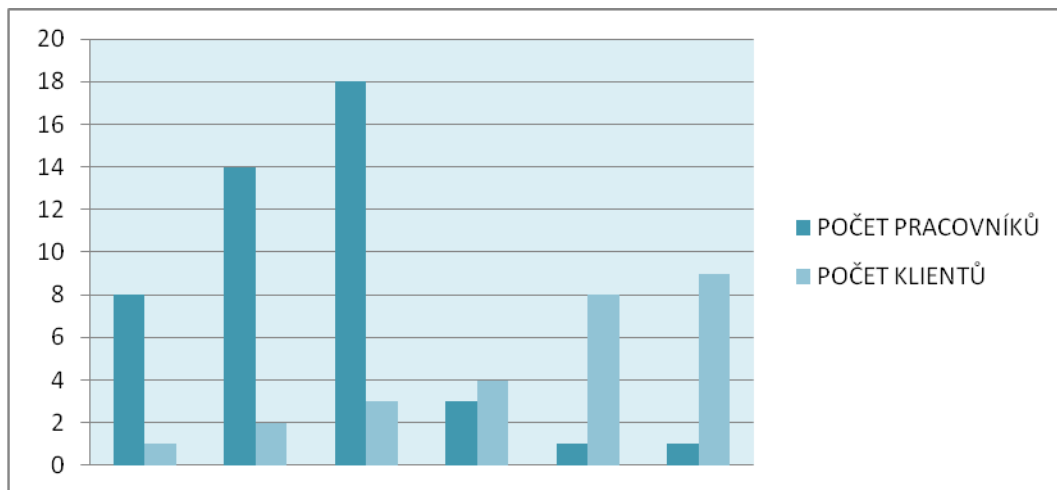
Výsledky vyplývající z otázky číslo 12 jsou ve vztahu ke kvalitě poskytovaných služeb poměrně pozitivní. Není z nich sice patrné, zda je soukromí klientovi zajištěno na jeho vlastním pokoji či místnosti k tomu určené, ale samotný fakt, že mohou využít alespoň zvláštní místnosti, chtějí-li být sami, je oproti situaci před deseti lety, kdy otázka soukromí klientů nebyla ve středu zájmů, pokrokem.

Graf č. 13 a): Jste klíčovým pracovníkem?



Graf č. 13 a) uvádí počet respondentů, jež vykonávají funkci klíčového pracovníka. 92 % (59) dotazovaných zvolilo možnost ano, zbylých 8% (9) vybralo odpověď ne.

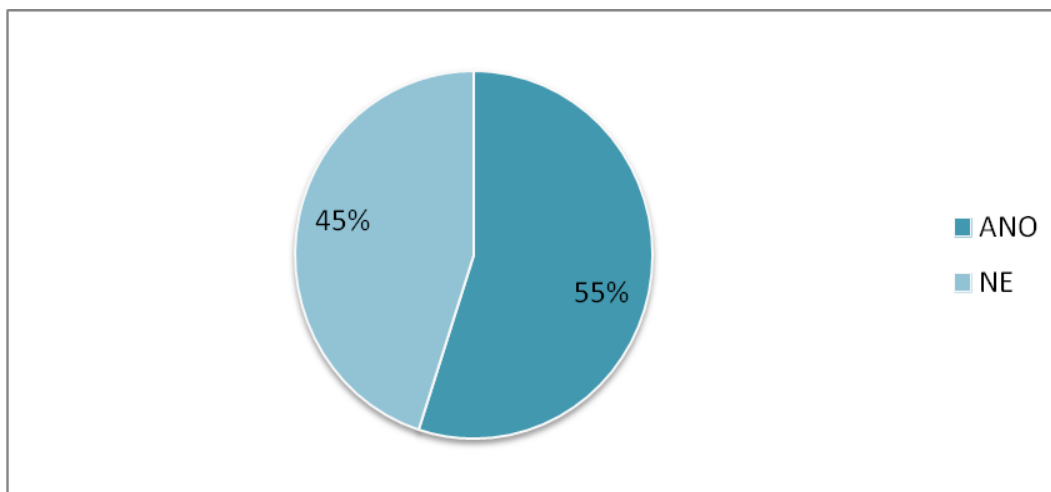
Graf č. 13 b) Pokud ano, uveďte prosím počet klientů ve vztahu, k nimž tuto funkci vykonáváte?



Graf č. 13 b) znázorňuje počet klíčových pracovníků ku počtu klientů, ve vztahu k nimž zmíněnou funkci vykonávají. Dle výsledků šetření tedy 8 respondentů vykonává funkci klíčového pracovníka u jednoho klienta, 14 u dvou klientů, 18 pracovníků je klíčovým pracovníkem tří klientů, 3 pracovníci funkci vykonávají u čtyř klientů a vždy jeden pracovník u osmi nebo devíti klientů.

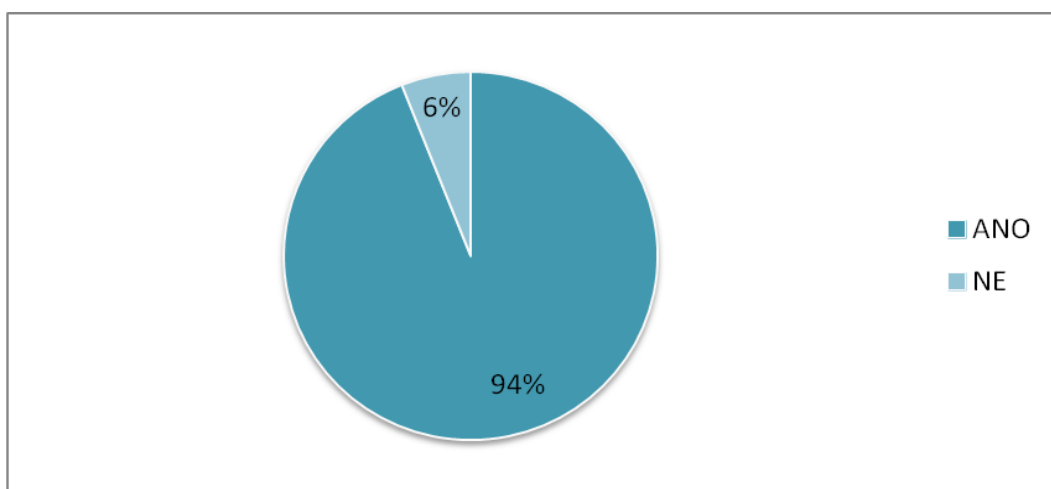
Ideálně, dle současných trendů, by na jednoho pracovníka měl připadnout jeden klient. Pro poskytovatele jsou však při snaze o přiblížení se tomuto stavu překážkou finanční zdroje na mzdové prostředky. Dle zkušeností z vlastní praxe je pro výkon funkce klíčového pracovníka maximální (a také obvyklý) počet klientů tři s lehkým postižením, dva se středním či jeden se středně těžkým nebo těžkým postižením. Při větším počtu je pro pracovníka nereálné dokázat naplňovat jejich potřeby a přání.

Graf č. 14 a): Jsou klienti ve Vašem zařízení kontrolováni v pohybu (např. nemohou jít sami na vycházku apod.)?



Na otázku, zda jsou klienti v zařízení, kde dotazovaní pracují, kontrolováni v pohybu, odpovědělo 55% (35) z nich ne a 45 % (29) zvolilo možnost „ano“.

Graf č. 14 b): Pokud ano, podporuje služba aktivně klienta v tom, aby bylo toto omezení odstraněno?

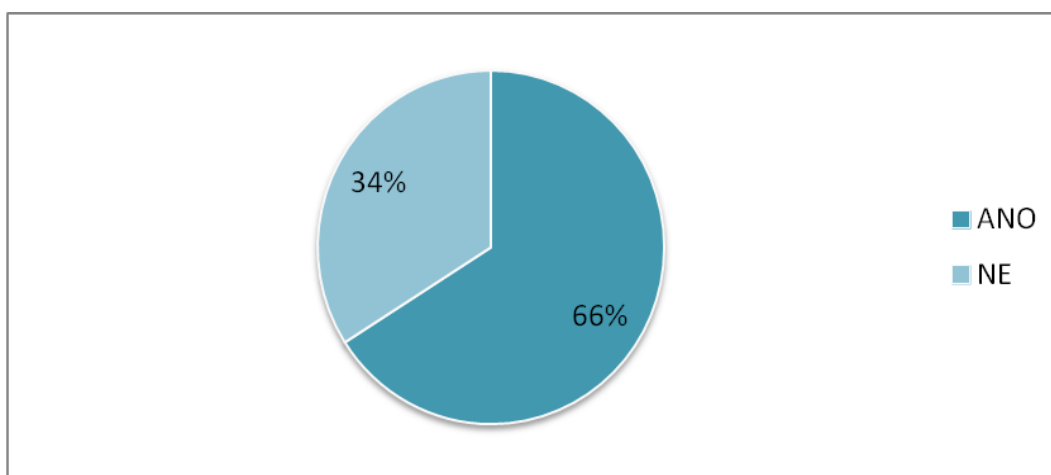


Z 55 % dotazovaných, kteří v předchozí otázce vybrali možnost „ano“, vypovědělo 94 % (33), že zařízení sociálních služeb usiluje o odstranění omezení kontroly v pohybu u jednotlivých klientů. Zbýlých 6% (2) pak na otázku odpovědělo záporně.

Kontrola pohybu je v zařízeních poskytujících pobytové sociální služby osobám s mentálním postižením poměrně častým jevem. V některých případech jsou tzv.

restriktivní opatření nutná (např. u osob neorientovaných v čase a prostoru). Někdy však může být na vině nízký počet pracovníků, pečujících o poměrně vysoký počet klientů. I přes jejich snahu pak není v jejich silách uspokojit přání a potřeby všech klientů, což s sebou mnohdy nutně přináší omezení. Bez ohledu na příčinu, zůstává podstatné, zda se poskytovatel snaží odstranit důvody používání restriktivních opatření (např. přijme nové zaměstnance, vede klienta k samostatnosti prostřednictvím osvojování nových dovedností apod.).

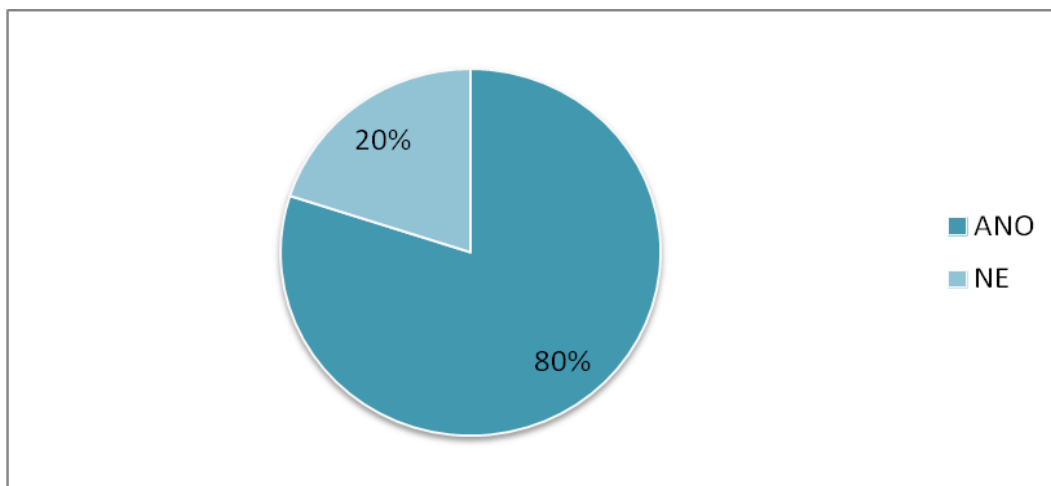
Graf č. 15: Myslíte si, že na základě metodik a postupů zpracovaných v rámci standardu č. 2 - Ochrana práv osob nedochází k omezování ani porušování práv všech klientů zařízení?



Graf č. 15 znázorňuje, zda si respondenti myslí, že na základě metodik a postupů zpracovaných v rámci standardu č. 2 - Ochrana práv osob nedochází k omezování ani porušování práv klientů. 66 % (42) odpovídajících uvedlo kladnou odpověď. Naopak 34 % (22) respondentů si myslí, že na základě metodik a postupů zpracovaných v zařízení k porušování práv dochází.

Z otázky č. 15 sice nevyplývá konkrétní způsob porušování práv, avšak výsledky které přináší, jsou poměrně znepokojivé a to zejména v souvislosti s tím, že v předcházejících otázkách poměrně vysoký počet dotazovaných uvedl, že má možnost ovlivnit náplň standardů, podílí se na hodnocení kvality poskytovaných služeb apod.

Graf č. 16: Bylo podle Vašeho názoru náročné zpracování metodik a postupů vztahující do oblasti standardu č. 2 (např. oblasti, v nichž může docházet k porušování práv či střetům zájmů) a jejich zavedení do praxe ve Vašem zařízení?

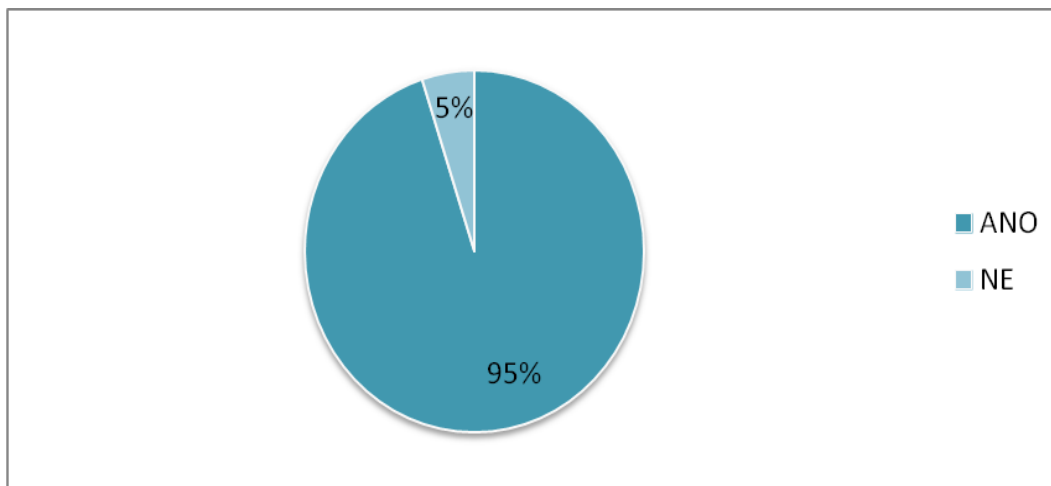


Z grafu č. 16 vyplývá, že 80 % (51) respondentů pokládá zpracování metodik a postupů vztahující do oblasti standardu č. 2 (např. oblasti, v nichž může docházet k porušování práv či střetům zájmů) a jejich zavedení do praxe v zařízení, kde pracují za náročné. 20 % (13) dotazovaných je naopak názoru, že zpracování oblastí ve vztahu ke standardu č. 2 náročné nebylo.

Fakt, že více než tři čtvrtiny respondentů odpovědělo kladně, potvrzují také zkušenosti z vlastní praxe. Oblast standardu číslo dvě – tedy Ochrany práv osob je velmi rozsáhlá a náročná na formulaci či aplikaci hned z několika důvodů. Při tvorbě metodických postupů a pravidel poskytovatel nejdříve musí identifikovat oblasti, v nichž by mohlo docházet k omezování či porušování práv a střetům zájmů a následně stanovit postup, jak tyto situace řešit a zejména jak jim předcházet. K tomuto účelu by se měli v ideálním případě scházet všichni pracovníci, minimálně alespoň klíčoví a sociální pracovníci, jejichž úkolem je identifikovat tyto oblasti ve vztahu ke všem klientům a následně zvolit způsob řešení a prevence. Při snaze o nelezení ideálního řešení musí poskytovatel řešit velmi sporné otázky (např. podávání léků – pokud klient léky odmítne, do jaké míry je za případné zdravotní obtíže u daného klienta s mentálním postižením zodpovědný poskytovatel, jak personál rozpozná schopnost klienta plně si

uvědomit důsledky svého rozhodnutí). Zmíněný proces trvá mnoho měsíců a nikdy není zcela ukončen. V průběhu poskytování služeb je totiž nutné standard číslo dvě pravidelně revidovat a aktualizovat.

Graf č. 17: Využívalo Vaše zařízení při zpracování standardu č. 2 metodickou podporu (např. prostřednictvím nezávislého odborníka apod.)?



Grafu č. 17 uvádí počet respondentů, vyjádřený v procentech, kteří odpovídali na otázku, zda zařízení při tvorbě standardu č. 2 využívalo metodickou podporu nezávislých odborníků apod. 95 % (61) respondentů označilo kladnou odpověď. Zbýlých 5% (3) dotazovaných uvedlo, že poskytovatel odborné podpory nevyužíval.

Z komentáře grafu č. 17 vyplývá, že zavádění standardu číslo dva do praxe je velmi náročná činnost. Poskytovatelé tedy často využívají nabídky služeb nezávislých odborníků, supervizorů, kteří dojíždí přímo do zařízení. Mají tak možnost seznámit se s prostředím i klienty a službě poskytnout rady „ušité na míru“. Kvalitních poradců však na trhu práce není mnoho, poskytovatel musí tedy velmi pečlivě vybírat z jejich nabídky. Důsledky na život klientů i poskytování sociálních služeb mohou být na základě rad nekompetentního člověka velmi dalekosáhlé.

10 Vyhodnocení předpokladů

Předpoklad č. 1: Povinnost poskytovatelů sociálních služeb vytvářet a naplňovat Standardy kvality sociálních služeb zkvalitnila poskytování pobytových služeb pro osoby s mentálním postižením. Lze tedy předpokládat, že u většiny respondentů, došlo ke zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb, v oblasti zákonem vymezených základních poskytovaných činností.

Data k vyjádření k předpokladu č. 1. byla čerpána z otázek číslo: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11 a 13. Zásadní postavení pro určení naplnění daného předpokladu zaujímala otázka č. 1.

Předpoklad č. 1 se na základě dotazníkového šetření potvrdil.

Předpoklad č. 2: Z důvodu obecně formulovaných metodik pro zavádění Standardů kvality do praxe je zejména v oblasti ochrany práv osob, která se dotýká téměř všech oblastí života klientů, u 60 % respondentů, obtížná jejich správná formulace a aplikace.

Data k vyjádření k předpokladu č. 2. byla čerpána z otázek číslo: 8, 9, 12, 14 a 15. Zásadní postavení pro určení naplnění daného předpokladu zaujímala otázka č. 16 a 17.

Předpoklad č. 2 se na základě dotazníkového šetření potvrdil.

11 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse

Cílem praktické části bylo prostřednictvím dotazníku zjistit, zda zavedení standardů do praxe přináší kvalitnější poskytování sociálních služeb. Výsledky dotazníkového šetření přinesly předpokládaná zjištění. Dle odpovědí většina respondentů vnímá zavedení Standardů kvality do praxe, povinného vzdělávání, supervize i funkce klíčového pracovníka jako kladnou změnu. Na zkvalitnění poskytovaných služeb poukazuje rovněž fakt, že se jednotlivá zařízení koncentrují na kvalitu jako takovou a pravidelně ji hodnotí spolu s pracovníky zařízení. Dle více než třetiny dotazovaných se poskytovatelé také snaží rozšířit své působení o další formy poskytování sociálních služeb. Z toho je patrné, že sociální služby reagují na potřeby klientů a dokážou zajistit finanční prostředky a lidské zdroje na rozšíření svých služeb. Více než polovina respondentů dále uvedla, že poskytovatel, u něhož pracují, již prošel inspekci poskytování sociálních služeb, přičemž výsledek inspekce byl vždy pozitivní, což je ve vztahu ke kvalitě poskytovaných služeb v jednotlivých zařízeních velmi významné.

Standardy kvality poskytují pracovníkům jakýsi návod na řešení běžných i mimořádných situací v souvislosti s klienty, vlastní práci apod., proto je důležitá forma a kvalita jejich zpracování, která se následně odráží v kvalitě poskytovaných služeb. Dotazníkové šetření ukázalo, že respondenti mohou dle standardů nejen postupovat, ale mají také možnost ovlivňovat jejich náplň. Z výsledků šetření také vyplynulo, že poskytovatelé mají zpracovány metodické postupy či pravidla týkající se většiny důležitých oblastí jako je ochrana práv klientů, individuální plánování či podávání a vyřizování stížností.

Úkolem dotazníku bylo dále zjistit názor respondentů na obtížnost zpracování metodik a postupů vztahujících se do oblasti standardu č. 2 a jejich zavedení do praxe. Dle výsledků šetření považuje většina dotazovaných zpracování a aplikaci metodik a postupů souvisejících s druhým standardem za náročnou. Stanovený předpoklad potvrzuje také výpověď 95 % dotazovaných osob, které uvedli, že poskytovatel při jejich tvorbě využíval metodické podpory externích odborníků (supervizoři, nezávislí odborníci). Další otázky v dotazníku se na zjišťování

druhého předpokladu zaměřovaly nepřímo. Výsledky přinesly vesměs pozitivní závěry. Většina respondentů uvedla, že klienti dotčených zařízení mají možnost zvolit si způsob trávení dne, kdo bude jejich spolubydlícím, klíčovým pracovníkem, jak budou oslovováni apod. Tyto oblasti jsou pro klienty velmi podstatné, proto se šetření zaměřilo právě na ně. Více než polovina dotazovaných také uvedla, že jsou klienti kontrolováni v pohybu. Toto zjištění jasně nepoukazuje na omezování práv a svobod klientů, v některých případech zejména u těžšího stupně postižení je kontrola pohybu nutná. Na zjišťování omezování práv se soustředila až otázka, zda služba aktivně podporuje klienta v soběstačnosti a na základě toho může být omezení odstraněno. Většina respondentů potvrdila aktivní přístup poskytovatele v řešení otázky kontroly pohybu.

Téměř jedna čtvrtina respondentů dále uvedla, že i přes existenci metodických postupů a pravidel, stále dochází k omezování práv klientů jednotlivých zařízení. Velmi překvapivé však je také zjištění, skrze výpověď téměř poloviny respondentů, že poskytovatel zastává funkci opatrovníka svých klientů, čímž vzniká zásadní střet zájmů mezi klientem a poskytovatelem. Avšak z výpovědí bylo také patrné, že ve většině případů poskytovatel alespoň usiluje o navrácení způsobilosti k právním úkonům klientů, čímž by se role opatrovníka zbavil.

Dotazníkové šetření bylo prováděno ve čtyřech zařízeních Libereckého a Ústeckého kraje, výsledky šetření tedy nemohou být považovány za obecně platné.

12 Závěr

Tématem bakalářské práce jsou Standardy kvality sociálních služeb. Nástroj, jehož zavedení do praxe je od roku 2007 povinné pro všechny poskytovatele sociálních služeb. Jejich hlavním posláním je zvyšování kvality služeb a tím zejména kvality života klientů. V současné době mají poskytovatelé a zaměstnanci za sebou více než pětiletou zkušenost s existencí standardů v praxi, na základě které již lze objektivně posoudit jejich skutečný přínos či úskalí.

Cílem práce bylo zjistit přínos Standardů kvality sociálních služeb pro pracovníky pobytových zařízení, kteří pečují o osoby s mentálním postižením.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a praktické. V teoretické části se věnuje tématům jako mentální postižení či ústavní péče a její současná podoba. Ústředním téma pak představují Standardy kvality sociálních služeb, kterými se práce zabývá velmi podrobně. Popisuje nejen jejich základní druhy a kritéria, ale zabývá se také otázkami legislativního zakotvení či jejich požadavky na výkon činností sociální práce.

Úkolem praktické části práce bylo prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit, zda zavedení standardů do praxe s sebou skutečně přináší kvalitnější poskytování sociálních služeb. Pozornost byla zaměřena také na oblast ochrany práv osob, která rámci standardů zaujímá významné postavení. Zkušenosti z praxe však ukazují, že právě této oblasti se poskytovatelé dopouštějí zásadnějších pochybení, zvláště jedná-li se o poskytovatele sociálních služeb osobám s mentálním postižením. Na zmíněném faktu mají svůj podíl také obecně formulované požadavky zákona o sociálních službách a metodické postupy, vypracované Ministerstvem práce a sociálních věcí pro zavedení standardu číslo dva do praxe. Dílčím cílem práce tedy bylo zjistit míru obtížnosti formulace a praktické aplikace standardu.

Výsledky šetření ukázaly, že Standardy kvality jsou vnímány jako pozitivní změna ve vztahu k poskytování sociálních služeb. Potvrzen byl též předpoklad obtížné formulace a aplikace ve smyslu standardu číslo dva. I přesto, že lze považovat cíl práce za splněný, není možné závěry vyplývající z bakalářské práce

generalizovat. Důvodem je velikost zkoumaného vzorku, která činila šedesát čtyři respondentů. Jednalo se tedy pouze o vorek „výběrový“ a výsledky šetření tak není možné považovat za obecně platné.

Přínosem bakalářské práce je teoretické shrnutí problematiky Standardů kvality sociálních služeb se zaměřením na pobytová zařízení pro osoby s mentálním postižením. Jsou jím také výstupy dotazníkového šetření a z něho vyplývající návrh optimálních řešení s ohledem na cílovou skupinu klientů.

13 Navrhovaná opatření

Standardy kvality poskytly sociálním službám nástroj, prostřednictvím kterého je možné zvyšovat a udržovat kvalitu poskytovaných služeb. Tento nástroj však slouží všem službám bez ohledu na jejich zaměření. Důvodem obecné formulace standardů je možnost přizpůsobit je vlastním podmínkám a formě poskytované služby. Přístup k řešení jednotlivých otázek však může být odlišný jak v různých, tak totožných formách sociálních služeb. I přesto, že jsou pro každého poskytovatele vhodná jiná (tzn. individuální) řešení, bude dále snahou kapitoly navrhnout univerzální metody či nástroje směřující k rozvoji kvality poskytovaných služeb.

Oblasti, kterých se kvalita dotýká, jsou charakteristické svou různorodostí a obsáhlostí. Z tohoto důvodu by ve službě skýtající vyšší počet zaměstnanců a klientů měla být zavedena funkce metodika kvality. V reakci na zjištěné skutečnosti patří mezi další doporučení optimalizace počtu klientů ve vztahu k funkci klíčového pracovníka, zavedení tzv. supervize organizace a fungujícího systému schůzek k připomínkování aktualizaci náplně standardů kvality. Dalším opatřením pozitivně přispívajícím k odstranění porušování práv klientů je nastavení důslednějšího systému hodnocení kvality a zaměstnanců. Na závěr je však nutné dodat, že základ úspěchu tvoří vždy aktivní přístup zaměstnanců a zejména vedení organizace, orientovaný na zavedení pozitivních změn spolu se schopností sebekritického posouzení skutečnosti. Neocenitelnou úlohu hrají také zkušenosti. Ty se dají nasbírat vlastní praxí, jejich slovním předáváním (např. prostřednictvím různých setkání poskytovatelů, pracovníků apod.), stáží apod. Ve vztahu ke stážím by bylo jistě přínosné zavedení tzv. výměnných stáží, jejichž úkolem by kromě předávání zkušeností bylo také posouzení kvality poskytovaných služeb z jiného, pravděpodobně objektivnějšího úhlu pohledu.

Jelikož z šetření vyplynulo, že pro poskytovatele byla aplikace a formulace standardu číslo dva obtížná, bylo by žádoucí aktualizovat obecně platné metodiky pro zavádění standardů kvality do praxe s podmínkou specializace na formy poskytovaných služeb.

14 Seznam použitých zdrojů

- 1 BEDNÁŘ, Martin. *Personální standardy a profesní rozvoj zaměstnanců*. Sociální práce/Sociálna práca : Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. 2008, 4/2008.
- 2 BEDNÁŘ, Martin. *Úvod do standardů kvality sociálních služeb*. Sociální práce/Sociálna práca : Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. 2007, 2/2007.
- 3 ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3 (váz.).
- 4 EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2008. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1 (brož.).
- 5 INSTAND. *Část C – Vzdělávání metodiků zavádění standardů kvality u poskytovatelů sociálních služeb*. [online] Poslední aktualizace 20. 5. 2012. [vid. 20. 5. 2012]. Dostupné na z: <http://www.instand.cz/cast-c-vzdelavani-metodiku-zavadeni-standardu-kvality-u-poskytovatelu-socialnich-sluzeb.html>
- 6 KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Vyd. 1. V Praze : Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-2754-662-7 (brož.).
- 7 KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J. *Sociální služby – Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Abena, 2008. ISBN 978-80-254-3427-7.
- 8 SOBEK, Jiří a kol. *Práva lidí s mentálním postižením: příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. Vyd.1. Praha : Portus, 2007. 99 s. ISBN 978-80-239-9399-8.
- 9 SOKOL, Radek - TREFILOVÁ, Věra. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Vyd. 1. [Praha] : ASPI, c2008. xx, 424 s. Meritum. Meritum Segment. ISBN 978-80-7357-316-4 (brož.).

- 10 *Standardy kvality sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha : MPSV, 2002. 24 s. ISBN 80-86552-23-3 (brož.).
- 11 *Standardy kvality sociálních služeb : metodika pro zavádění standardu kvality sociálních služeb č. 2 - Ochrana práv uživatelů sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory : aplikační příručka pro poskytovatele, uživatele a zřizovatele*. Vyd. 1. Praha : Český helsinský výbor, 2004. 56 s. ISBN 80-86436-15-2 (brož.).
- 12 ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha : Portál, 2006. 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7 (brož.).
- 13 ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do teorie a praxe psychopedie*. Vyd. 1. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2006. 138 s. ISBN 80-7372-042-6 (brož.).
- 14 MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha : Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0 (váz.).
- 15 MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9 (váz.).
- 16 MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. Studijní texty. Série učebnic pro obor sociální práce ; sv. 6. ISBN 80-85850-76-1 (brož.).
- 17 MATOUŠEK, Oldřich - KOLÁČKOVÁ, Jana - KODYMOVÁ, Pavla (eds.). *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X (váz.).
- 18 MATUŠKA, Petr. *Jednání se zájemcem o sociální službu*. Sociální práce/Sociální práce : Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. 2007, 4/2007.

- 19 MICHALÍK, Jan. *Dokumentace o poskytování sociální služby – souvislosti a problémy jednoho standardu v sociálních službách*. Sociální práce/Sociálna práca : Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. 2008, 2/2008, s. 49-59.
- 20 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Vyhláška 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. [online] Poslední aktualizace 1. 5. 2012. [vid. 1. 5. 2012]. Dostupné na z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7338/Priloha_2_505_2006_aktual.pdf
- 21 MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Koncepce kvality sociálních služeb v moravskoslezském kraji*. [online] Poslední aktualizace 1. 5. 2012. [vid. 1. 5. 2012]. Dostupné na z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/005/000728.pdf>
- 22 MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče : (filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd.. Brno : Masarykova univerzita, 2001. 49 s. ISBN: 80-210-2512-3.
- 23 MUSIL, Libor. *Standardy kvality sociální práce v sociálních službách*. Sociální práce/Sociálna práca : Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. 2004, 1/2004.
- 24 NORMAN, Ian., REDFERN, Sally. *Mental health care for elderly people*. 1st ed. Churchill Livingstone : Elsevier Health Sciences, 1997, p. 591. ISBN 0 443-05173-9.
- 25 TRASS. *Transformace sociálních služeb pro lidi s postižením*. [online] Poslední aktualizace 1. 5. 2012. [vid. 1. 5. 2012]. Dostupné na z: http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=36457&app=NavBar&grp=AtonPortlets&mod=Menu&sta=NavBarMenu&pst=NavBarLightMenu&p1=OID_INT_2244&p2=RoundPanel_BOOL_True&p3=ExpandAll_BOOL_True&p4=ShowRoundPanel_BOOL_True&acode=45207052
- 26 VALENTA, Milan - MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie : [teoretické základy a metodika]*. 2. vyd. Praha : Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-7320-063-5 (váz.).

- 27 VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0 (váz.).
- 28 *Zavádění standardů a rozvoj kvality sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb v Libereckém kraji 2005-2006*. Praha, Pro Liberecký kraj vydal Instand : [2007]. 83 s. ISBN (Brož.).
- 29 *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe : průvodce poskytovatele*. 3. vyd. Praha : MPSV, 2004. 111 s. ISBN 80-86552-99-3 (brož.).
- 30 ÚPLNNÉ ZNĚNÍ ZÁKONŮ ČR. *Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online] Poslední aktualizace 1. 5. 2012. [vid. 1. 5. 2012]. Dostupné na z: <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/>

15 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Seznam grafů

Příloha č. 2 - Seznam obrázků

Příloha č. 3 – Seznam tabulek

Příloha č. 4 – Dotazník

Příloha č. 1 - Seznam grafů

Graf č. 1 a): Vnímáte po zavedení standardů kvality do praxe zkvalitnění poskytování sociálních služeb?

Graf č. 1 b): Pokud ano, v jakých oblastech?

Graf č. 2: Jaké další oblasti podle Vás přispěly ke zvyšování kvality ve Vašem zařízení?

Graf č. 3: Rozšířilo se Vaše zařízení po roce 2007, kdy vstoupil v platnost nový zákon o sociálních službách, o další formy poskytování sociálních služeb (např. chráněné bydlení, denní/týdenní stacionář)?

Graf č. 4: Poskytují Vám standardy a metodiky zpracované ve vašem zařízení návod jak postupovat při řešení běžných i mimořádných situací (ve vztahu ke klientům, k vlastní práci apod.)?

Graf č. 5: Máte možnost ovlivnit náplň standardů (návrhy, aktivní účast při tvorbě)?

Graf č. 6 a): Je ve Vašem zařízení pravidelně hodnocena kvalita poskytovaných služeb?

Graf č. 6 b): Pokud ano, podílíte se na hodnocení?

Graf č. 7 a): Prošlo zařízení, v němž pracujete inspekcí poskytování sociálních služeb?

Graf č. 7 b): Pokud ano, jaký byl výsledek hodnocení inspektorů?

Graf č. 8: Vykonává poskytovatel sociálních služeb, u něhož jste zaměstnán/a funkci opatrovníka?

Graf č. 9: Usiluje zařízení, v němž pracujete o navrácení způsobilosti k právním úkonům klientů?

Graf č. 10: Má zařízení zpracována pravidla/ metodické postupy pro:

Graf č. 11: V jakých oblastech mají uživatelé služby možnost volby?

Graf č. 12: Mají klienti ve Vaší službě možnost být v soukromí (např. jednolůžkový pokoj, speciální místnost)?

Graf č. 13 a): Jste klíčovým pracovníkem?

Graf č. 13 b) *Pokud ano, uveďte prosím počet klientů ve vztahu, k nimž tuto funkci vykonáváte?*

Graf č. 14 a): Jsou klienti ve Vašem zařízení kontrolováni v pohybu (např. nemohou jít sami na vycházku apod.)?

Graf č. 14 b): Pokud ano, podporuje služba aktivně klienta v tom, aby bylo toto omezení odstraněno?

Graf č. 15: Myslíte si, že na základě metodik a postupů zpracovaných v rámci standardu č. 2 - Ochrana práv osob nedochází k omezování ani porušování práv všech klientů zařízení?

Graf č. 16: Bylo podle Vašeho názoru náročné zpracování metodik a postupů vztahující do oblasti standardu č. 2 (např. oblasti, v nichž může docházet k porušování práv či střetům zájmů) a jejich zavedení do praxe ve Vašem zařízení?

Graf č. 17: Využívalo Vaše zařízení při zpracování standardu č. 2 metodickou podporu (např. prostřednictvím nezávislého odborníka apod.)?

Příloha č. 2 - Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Areál domova pro osoby se zdravotním postižením

Obrázek č. 2: Práce personálu s klienty v transformovaném zařízení sociální péče

Obrázek č. 3: Klientka domova pro osoby se zdravotním postižením

Příloha č. 3 - Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Kritéria ke standardu č. 1

Tabulka č. 2: Kritéria ke standardu č. 2

Tabulka č. 3: Kritéria ke standardu č. 3

Tabulka č. 4: Kritéria ke standardu č. 4

Tabulka č. 5: Kritéria ke standardu č. 5

Tabulka č. 6: Kritéria ke standardu č. 6

Tabulka č. 7: Kritéria ke standardu č. 7

Tabulka č. 8: Kritéria ke standardu č. 8

Tabulka č. 9: Kritéria ke standardu č. 9

Tabulka č. 10: Kritéria ke standardu č. 10

Tabulka č. 11: Kritéria ke standardu č. 11

Tabulka č. 12: Kritéria ke standardu č. 12

Tabulka č. 13: Kritéria ke standardu č. 13

Tabulka č. 14: Kritéria ke standardu č. 14

Tabulka č. 15: Kritéria ke standardu č. 15

Tabulka č. 16: Počet distribuovaných dotazníků a jejich návratnost

Příloha č. 4 - Dotazník

Dobrý den,

touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který se zabývá problematikou standardů kvality sociálních služeb. Jeho vyplněním mi budete velice nápomocni při psaní mé bakalářské práce, která se tímto tématem zabývá. Úkolem práce je zjistit, zda zavedení standardů do praxe přináší kvalitnější poskytování sociálních služeb.

Celé vyplnění dotazníku Vám nezabere více jak 20 minut a veškerá uvedená data budou zpracována a využita pouze pro účely psaní této práce.

Děkuji za Váš čas, který vyplňování věnujete.

1. Vnímáte po zavedení standardů kvality do praxe zkvalitnění poskytování sociálních služeb?

ANO - NE

Pokud ano v jakých oblastech?

- ☐ poskytování stravy
- ☐ poskytování ubytování
- ☐ výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- ☐ zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- ☐ sociálně terapeutické činnosti
- ☐ pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

2. Jaké další oblasti podle Vás přispěly ke zvyšování kvality ve Vašem zařízení?

- ☐ zavedení povinného vzdělávání pracovníků
- ☐ zavedení supervize
- ☐ zavedení funkce klíčového pracovníka

3. Rozšířilo se Vaše zařízení po roce 2006, kdy vstoupil v platnost nový zákon o sociálních službách o další formy poskytování sociálních služeb (např. chráněné bydlení, denní/týdenní stacionář)?

ANO - NE

4. Poskytují Vám standardy a metodiky zpracované ve vašem zařízení návod jak postupovat při řešení běžných i mimořádných situací (ve vztahu ke klientům, k vlastní práci apod.)?

ANO - NE

5. Máte možnost ovlivnit náplň standardů (návrhy, aktivní účast při tvorbě)?

ANO - NE

6. Je ve Vašem zařízení pravidelně hodnocena kvalita poskytovaných služeb?

ANO - NE

Pokud ano podílíte se na hodnocení?

ANO - NE

7. Prošlo zařízení, v němž pracujete inspekcí poskytování sociálních služeb?

ANO - NE

Pokud ano, jaký byl výsledek hodnocení inspektorů?

☐ pozitivní, nebo spíše pozitivní

☐ negativní, nebo spíše negativní

8. Vykonává poskytovatel sociálních služeb, u něhož jste zaměstnán/a funkci opatrovníka?

ANO - NE

9. Usiluje zařízení, v němž pracujete o navracení způsobilosti k právním úkonům klientů?

ANO - NE

10. Má zařízení zpracována pravidla/ metodické postupy pro:

☐ ochranu práv klientů

- ☐ situace, ve kterých může docházet ke střetům zájmů
- ☐ způsob oslovování,
- ☐ podávání a vyřizování stížností,
- ☐ výběr bydlení a spolubydlícího,
- ☐ výběr klíčového pracovníka,
- ☐ podávání léků,
- ☐ individuální plánování.

11. V jakých oblastech mají uživatelé služby možnost volby?

- ☐ volba spolubydlícího
- ☐ volba způsobu oslovování (zda klientovi vykáme či tykáme)
- ☐ volba způsobu trávení dne (doba vstávání a uléhání, doba stravování, aktivity apod.)
- ☐ volba klíčového pracovníka
- ☐ klient si nemůže zvolit v žádné z vyjmenovaných oblastí

12. Mají klienti ve Vaší službě možnost být v soukromí (např. jednolůžkový pokoj, speciální místnost)?

ANO - NE

13. Jste klíčovým pracovníkem? Pokud ano uveďte prosím počet klientů ve vztahu, k nimž tuto funkci vykonáváte.

ANO - NE

Počet klientů:

14. Jsou klienti ve Vašem zařízení kontrolováni v pohybu (např. nemohou jít sami na vycházku apod.)?

ANO - NE

Pokud ano, podporuje služba aktivně klienta v tom, aby bylo toto omezení odstraněno?

ANO - NE

15. Myslíte si, že na základě metodik a postupů zpracovaných v rámci standardu č. 2 - Ochrana práv osob nedochází k omezování ani porušování práv všech klientů zařízení?

ANO - NE

16. Bylo podle Vašeho názoru náročné zpracování metodik a postupů vztahující do oblasti standardu č. 2 (např. oblasti, v nichž může docházet k porušování práv či střetům zájmů) a jejich zavedení do praxe ve Vašem zařízení?

ANO - NE

17. Využívalo Vaše zařízení při zpracování standardu č. 2 metodickou podporu (např. prostřednictvím nezávislého odborníka apod.)?

ANO - NE

Děkuji za vyplnění dotazníku a za čas, který jste tomu věnovali.